

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

659

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Frédéric VÉLASQUEZ

Né à Santiago (République Dominicaine), le 28 Août 1903

LE TRAITEMENT DE LA MALADIE
DE NICOLAS ET FAVRE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Frédéric VÉLASQUEZ

Né à Santiago (République Dominicaine), le 28 Août 1903

LE TRAITEMENT DE LA MALADIE
DE NICOLAS ET FAVRE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÆPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ ACHARD.
	{ BEZANÇON.
	{ CARNOT.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO.
	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	{ HOVELACQUE
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale
 VELTER Ophtalmologie
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	ECALLE	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		GUÉNIOT	
BRULE.....		LE LORIER.....	
CHIRAY		LÉVY-SOLAL ...	
DUVOIR.....		METZGER	
HARVIER.....			
LIAN			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER ..			
MOCQUOT			
MOURE			
SCHWARTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY.J.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

M. FRÉDÉRIC VÉLASQUEZ

Ex Vice-Président de la République Dominicaine

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

DOCTEURS J. JIMENEZ, TCHACHASVILI,
C. JULIA, R. VÉLASQUEZ, S. MARQUES
ET CH. MANGOT.

A MES AMIS

MONSIEUR ERWIN ROSSAUER

ET

MONSIEUR SANXAY KELLOG

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'assurance de notre respectueuse
gratitude.*

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR MARCEL PINARD

Médecin des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous fournir les
éléments de ce travail dont il nous a
inspiré le sujet.*

*Qu'il nous permette de lui exprimer
nos sentiments de respectueux atta-
chement et d'affectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHILIBERT

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR EDMOND PAPIN

Chirurgien de l'Hôpital St-Joseph

A MON AMI

MONSIEUR ALBERT FIEHRER

Interne des Hôpitaux de Paris

*Avec nos remerciements pour les
bienveillants conseils qu'il nous a
donnés en vue de ce travail.*

INTRODUCTION

Les nombreux travaux tant étrangers que français qui se sont succédés dans ces vingt dernières années sur la maladie de Nicolas et Favre ont beaucoup modifié nos connaissances sur cette affection.

Avant de décrire les différents modes de traitement de la maladie, il nous semble bon de « faire le point » rapidement sur cette question.

Nous avons divisé notre thèse en quatre chapitres :

Premier chapitre. — Généralités sur la maladie de Nicolas et Favre ; nous résumons dans cette première partie l'historique, l'anatomie pathologique, l'étude biologique, et la pathogénie de la maladie ; nous donnons enfin un court aperçu clinique.

Deuxième chapitre. — Les *différents traitements* proposés y sont étudiés (posologie, résultats).

Troisième chapitre. — Il nous a paru nécessaire de fournir le plus grand nombre d'*observations* pos-

sible afin de pouvoir s'y reporter et de pouvoir juger plus impartialement les différents modes thérapeutiques.

Quatrième chapitre. — Il comporte les *conclusions* de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Généralités sur la maladie de Nicolas et Favre

Nous traiterons successivement :

- 1^o l'Histoire ;
- 2^o l'Anatomie pathologique ;
- 3^o les Notions étiologiques ;
- 4^o l'Étude clinique ;
- 5^o le Diagnostic pratique de l'affection.

I^o Histoire

Trois phases historiques peuvent être distinguées :

a) *première étape : étape clinique.* Trois noms surtout sont à retenir : Trousseau, Nélaton, Brault d'Alger.

Trousseau disait, à la fin de sa clinique sur l'adénie : « Je ne veux pas oublier de vous dire deux mots d'une affection ganglionnaire que j'ai bien souvent observée chez de jeunes créoles et plus particulièrement chez des créoles de la Réunion et de Saint-Maurice. Je ne saurais dire en vérité si j'ai dû au hasard seulement de ne voir cette forme particulière de l'adénie que sur des jeunes gens nés dans les deux colonies

dont je viens de parler, tandis que pas une fois je n'en ai vu chez des personnes nées dans les Antilles françaises ou anglaises.

Dans l'adolescence et plutôt chez les garçons que chez les jeunes filles, nous voyons les ganglions profonds et superficiels des aines se gonfler, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois. Cette maladie vient par paroxysmes durant 1, 2, 3 mois et séparés par des intervalles qui peuvent être de plusieurs mois. Puis vient un paroxysme plus violent que les autres et quelques-uns des ganglions suppurent. Dans certains cas la suppuration s'étend à plusieurs ganglions et successivement à toute la masse ganglionnaire. Les malades sont condamnés alors à un long séjour au lit et dans la chambre, et la suppuration n'est quelquefois tarie qu'après une année.

Enfin, dans des circonstances heureusement fort rares, comme dans un fait dont j'aurai l'occasion de vous parler en traitant des abcès périnéphrétiques, un chapelet de ganglions suppura depuis l'aine jusqu'au rein et de vastes abcès se formèrent autour de ce viscère...

Dans le plus grand nombre des cas qu'il m'a été donné d'observer, la maladie s'est arrêtée vers l'âge de la virilité sans que l'action de la médecine m'ait semblé fort utile. »

Plus tard, Nélaton (1890) décrit l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intra-ganglionnaires.

Brault (d'Alger) (1907) identifie le bubon d'emblée ou bubon climatique, décrit dès 1886 dans les pays

chauds, à l'adénopathie inguinale subaiguë de Nélaton.

b) *Deuxième étape : étape anatomo-pathologique.*
En 1913, à la Société médicale des Hôpitaux, Nicolas Durand et Favre attirent à nouveau l'attention sur cette maladie ganglionnaire : ils précisent l'étiologie, établissent la relation entre les petites ulcérations génitales et d'adénopathie et surtout complètent la description anatomo-clinique.

c) *troisième étape :* En 1925, Frei fait pour la première fois une intradermo-réaction avec un antigène lymphogranulomateux, compare sa réponse avec d'autres antigènes et établit la valeur de cette nouvelle réaction. De 1928 à 1934, les travaux des auteurs français et étrangers montrent que la lymphogranulomatose peut apparaître et se développer sans manifestation inguinale. Ils jettent un jour nouveau sur l'étiologie et la pathogénie de certaines anorectites, de certains rétrécissements rectaux.

Notons en passant les différents noms donnés par les auteurs à l'affection qui nous occupe :

— ulcère simple adénogène des parties génitales (Bory).

— poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique (Ravaut).

— poradénite (N. Fiessinger).

— poradénite inguinale subaiguë (Destaffano).

— ulcère vénérien adénogène (Nicolas et Favre).

2^o Anatomopathologie

A) LE GANGLION

a) *Etude macroscopique.* — L'aspect macroscopique des lésions est bien expliquée par les termes de poradénite de Fiessinger et Destaffano.

En coupant perpendiculairement à l'axe un ganglion atteint, hypertrophié et plus ou moins congestionné, on voit en effet de petits abcès intra-ganglionnaires ou plutôt des îlots nécrotiques, plus ou moins nombreux, périphériques, lenticulaires, contenant soit un magma glaireux, soit un pus jaunâtre très visqueux. Les zones ramollies peuvent fusionner. Il y a ou non trajet fistuleux.

Nous voudrions insister sur un point, peu connu, que P. Chevallier, M. Pinard ont bien mis en valeur en décrivant des formes cutanées pures de poradénite :

Non seulement il existe des zones de nécrose dans le ganglion mais encore on peut voir se former des nécroses ou des abcès péri-ganglionnaires : « La gangue inflammatoire (périganglionnaire), dit Paul Chevallier, est à la fois plastique et dégénérative ; il s'y forme, près ou loin des ganglions malades, des abcès analogues aux abcès intraganglionnaires. L'ouverture à la peau de ces foyers sous-cutanés peut précéder la communication avec les foyers ganglionnaires... Le tissu cellulo-grasieux sous-cutané peut être très altéré alors que la région immédiatement périganglionnaire est presque normale... »

Ceci a une grande importance pratique, à notre avis, et explique :

a) pourquoi on peut avoir des fistules peu profondes, larges et facilement curables (fistules sous-cutanées) à côté d'autres plus longues à guérir (fistules ganglionnaires);

b) pourquoi, lorsqu'on fera un traitement local (électro-coagulation, injections de glycérine) on devra tenir, suivant les cas, une conduite différente ;

c) pourquoi, en cas d'exérèse chirurgicale, il est recommandé d'enlever non seulement la masse adénopathique initiale et principale, mais encore d'enlever en entier, avec la peau.

* d) pourquoi, enfin, dans certains cas rares, on peut n'avoir affaire qu'à des formes cutanées.

b) *Histologie.* — Microscopiquement, on a un « aspect gommeux » à la phase caractéristique, qui fait suite à l'hyperplasie inflammatoire avec altérations cellulaires.

Les foyers de dégénérescence, bien étudiés par Nicolas et Favre représentent des « gommules » avec, en allant de la périphérie vers le centre, des cellules épithélioïdes « paroi épithélioïde » et une plage de nécrose formée, soit d'une substance amorphe, cellulaire, soit d'une substance gommeuse avec quelques polynucléaires. Notons plusieurs particularités :

1° la présence possible de cellules géantes,

2° la plasmazellose domine.

B) LE CHANCRE D'INOCULATION

a) *Macroscopiquement.* — Ulcération plane et superficielle, dépourvue d'épiderme.

b) *Histologiquement.* — Une particularité à retenir: le « lit fibroblastique » ; il existe, suivant Nicolas et Favre, une nappe de cellules conjonctives aplaties parallèlement au plan de la surface et qui forme le plancher. On peut trouver de petites « gommules » sous l'ulcération.

C) L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES AUTRES LOCALISATIONS.

On peut retrouver dans toutes les formes de la maladie de Nicolas et Favre les caractères anatomo-pathologiques principaux décrits par les savants lyonnais. Le processus dégénératif, la gomme miliaire, se voit, plus ou moins noyée d'ailleurs, dans de la sclérose, au niveau des muqueuses (vulve, rectum).

Paul Chevallier, Marcel Pinard, ont montré que dans les formes cutanées pures de la maladie, on avait encore cette même structure histologique « structure lymphoïde avec prédominances de plasmazellen, des plages claires et des micro-abcès ».

Peut-on faire un diagnostic histologique de la maladie de Nicolas et Favre ?

Non ! — Tous les processus qui progressent lentement, irritent la substance du ganglion et y font des

nécroses punctiformes semblables à celles de la poradénite. En particulier, les coupes microscopiques de bubon chancrelleux et lymphogranulomateux peuvent se confondre facilement.

Comme il est fréquent en pathologie « l'histologie est souvent incapable de déterminer la nature même de la maladie ».

3^o Les notions étiologiques

La maladie de Nicolas et Favre n'est pas rare et très souvent les poradénites sont abondantes à certaines époques (printemps, automne); elle se voit dans tous les pays ; plus fréquente, pour Gay Prieto, chez les tuberculeux, pour Paul Chevallier chez les sujets ayant déjà contracté d'autres maladies vénériennes (syphilis, blennorragie...) il semble que certaines infections favorisent cette maladie. C'est, le plus souvent, une affection de l'âge adulte. Pour beaucoup, elle est plus fréquente chez l'homme, mais l'adénopathie chez la femme sera le plus souvent profonde d'où inaperçue. La contamination, surtout vénérienne peut être accidentelle.

Nature du germe infectant. — Malgré de nombreuses recherches, aucun germe certain n'a été trouvé dans la lymphogranulomatose. Pourtant, c'est souvent, en se basant, sur des notions bactériologiques que l'on a fait des traitements médicaux assez favorables.

A notre avis, on doit séparer :

1^o Les formes ganglionnaires où les constatations ont été le plus souvent négatives ;

2^o Les autres localisations de la poradénite où divers germes ont été mis en cause.

Les formes amibiennes, les bacilles fluorescents, le subtilis, le nocardia, le sporotrichum, l'actinomyces blanc, le gonocoque, le pseudo-diphtérique, les corpuscules de Gamma... n'ont pas été confirmés.

Lorsque, en fréquentant les divers services dermato-syphiligraphiques de Paris, on tente de se faire une opinion, on aboutit à la conclusion suivante :

Dans la très grande majorité des cas et surtout dans les formes ganglionnaires pures on ne trouve aucun germe ; dans les localisations anormales de la poradénite, certains auteurs ont trouvé différents germes, que l'on s'accorde d'ailleurs à considérer comme germes « associés ». A ce propos, nous signalerons la communication récente (21 avril 1934) de MM. A. Saenz, M. Pinard, L. Costil et A. Fiehrer, à la Société de Biologie ; ces auteurs, parmi un grand nombre de cas étudiés, chez trois malades atteints de formes cliniques différentes de la maladie de Nicolas et Favre (Forme cutanée — ulcère chronique de la vulve — Rétrécissement rectal) ont réussi à déceler le bacille de Koch dans le sang, par inoculation au cobaye.

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES ET INOCULATIONS. — Ces études, elles aussi, ont été le point de départ de méthodes thérapeutiques.

1^o *Inoculations à l'homme.* — a) L'auto-inoculation de la maladie est considérée comme n'étant pas possible. En fait, l'interprétation d'une auto-inoculation intradermique est délicate.

b) L'inoculation ou hétéro-inoculation est possible (Nicolas et Favre, Levaditi, P. Chevallier).

2^o *Inoculations aux animaux.* — Elles ont été positives chez le cobaye, le lapin et le singe.

Chez le cobaye (voie sous-cutanée) on obtient après 4 à 5 jours une adénopathie, spontanément curable, durant quelques semaines (Ravaut, Boulin et Rabau 1924).

Chez le lapin (voie intra-cranienne) on peut obtenir une méningo-encéphalite mortelle (Paul Chevallier, Lévy-Bruhl et Moricard 1931).

Chez le singe (voie intracrânienne) on a une méningite spéciale, le plus souvent mortelle (Hellerstrom 1930 — Levaditi 1931).

Ces inoculations ont permis :

1^o de démontrer que l'agent de la lymphogranulomatose est un virus filtrant ayant une prédilection pour le mésenchyme (méninges, gaines vasculaires de l'encéphale, tissus ganglionnaire.).

2^o de démontrer la spécificité de l'affection.

3^o de faire une thérapeutique spécifique par les injections d'antigène simien (Hellerstrom-Levaditi-Ravaut).

4^o Aperçu clinique de la poradénite

Nous rappellerons brièvement qu'il existe :

A) *une poradénite ganglionnaire.*

a) soit typique :

incubation : 10 à 25 jours.

microchancre absent ou inaperçu.

adénopathie inguino-iliaque assez grosse, aboutissant en 2 à 3 semaines à la suppuration et à la fistulisation avec fibrose importante et œdème lymphatique plus ou moins net.

de durée de 3 à 6 mois.

b) soit atypique :

formes suppurées massives « pseudo-chancrelleuses »

formes non suppurées, abortives ou fluxionnaires.

B) *une poradénite non ganglionnaire*

a) forme cutanée (P. Chevallier, M. Pinard).

b) forme muqueuse :

1^o ulcère chronique de la vulve ou esthiomène d'Huguier.

2^o œdème chronique péri-urétral (P. Chevallier),

3^o rectites, anorectites, fistules.

4^o rétrécissement inflammatoire du rectum,

5^o périrectites, cellulites pelviennes.

Notons que le syndrome de Jersild est une forme complète, caractérisée par un ulcère de la vulve avec œdème ou éléphantiasis et modifications végétantes associées à un rétrécissement rectal.

5^o Diagnostic pratique de l'affection

Il est basé :

1^o sur les caractères cliniques,

2^o sur les caractères anatomo-pathologiques (biopsie),

3^o sur l'intradermoméraction de Frei : faite avec 2/10 à 3/10 de cm³ d'antigène (humain ou simien). On doit faire la lecture vers le 3^e ou le 4^e jour, où la réaction vraie atteint son maximum de netteté pour diminuer ensuite ; elle peut durer 8 à 10 jours, laissant souvent persister un petit nodule. Cette réaction est une papule rouge, surélevée, nodulaire, sensible au palper : c'est le palper qui apprécie la réponse au Frei.

On doit savoir que l'allergie cutanée dans la maladie de Nicolas et Favre, c'est-à-dire la possibilité de la réaction de Frei a un délai d'apparition variable au cours de l'affection : 3 semaines à 3 mois. Lorsque l'intradermoréaction est négative on a proposé l'hémoréaction (réaction à l'injection intraveineuse d'antigène) ou l'épreuve croisée (prendre le pus du ganglion probablement poradénitique, en faire un antigène, faire une intradermoréaction chez un autre malade atteint de poradénite certaine : en cas de réponse positive, il s'agit de lympho-granulomatose).

En pratique, faire plusieurs « Frei » à cause des « Frei » tardifs.

« La réaction de Frei constitue le test pratique le plus sûr et le plus commode pour étayer le diagnostic clinique » (Ravaut).

« La réaction de Frei est à la poradénite ce qu'est le Wassermann à la syphilis » (Nicolas).

Encore est-il bon :

- 1^o de faire des études de groupe.
- 2^o d'utiliser des seringues stérilisées à part,
- 3^o d'avoir un antigène contrôlé,
- 4^o Il est d'usage de toujours faire, en même temps qu'une intradermoréaction de Frei, une intradermoréaction au Dmelcos et une à Hémostyl.

CHAPITRE II

Nous étudierons successivement :

1° La Chimiothérapie.

- a)* antimoine.
- b)* crysothérapie.
- c)* cuivre ammoniacal.
- d)* émétine.
- e)* glycérine.
- f)* iode.
- g)* salicylate de soude.

2° La Biothérapie.

- a)* vaccin de Delbet.
- b)* Dmelcos.
- c)* tuberculine.
- d)* allergine.
- e)* sérum de convalescent.
- f)* antigénothérapie.

3° Les agents physiques.

- a)* radiothérapie.
- b)* rayons ultra-violets.
- c)* diathermie.
- d)* électro-coagulation.

4° Le traitement chirurgical.

CHIMIOTHÉRAPIE

Traitement par l'antimoine

L'antimoine, employée depuis longtemps en particulier par Trousseau qui s'en servait contre la pneumonie et le rhumatisme, était déjà au XVIII^e siècle le médicament des inflammations chroniques hypertrophiantes des ganglions. Les adénites tuberculeuses, les écrouelles étaient traitées ainsi.

Parmi les composés antimonieux, on a employé :

1^o L'émétique, ou tartre stybié ou antimonio-tartrate de potassium.

2^o Le tartrate double d'antimoine et de potasse en solution aqueuse (« Stibényl » et « stibiosane ») administrée par voie intra-veineuse.

3^o Un tartrate double d'antimoine de sodium spécialisé sous le nom de « stibyal ».

POSOLOGIE

MM. Destephano et Vaccarezza, de Buenos-Aires, firent usage de l'injection intra-veineuse d'émétique, solution) 1 % ; 5 cc. à la première injection (0 gr. 05) puis, 8 cc. deux ou trois jours après, puis 10 cc. deux fois par semaine, ensuite jusqu'à la guérison. Les

doses totales injectées ne dépassent pas en moyenne 1 gr. 50. Dans quelques cas les auteurs allèrent jusqu'à 3 grammes.

Pour le « stybyal », livré en ampoules de 2 cc. contenant des solutions stérilisées de concentrations différentes, 0 gr. 02 à 0 gr. 06 par centimètre cube. On injecte par voie intra-veineuse, de préférence le matin à jeun 0 gr. 01 la première fois pour tâter la sensibilité du sujet et en général il est bon de ne pas dépasser 0 gr. 02 — 0,04. Il n'y a aucun avantage à dépasser ces doses ; on pourrait avoir des incidents fâcheux et il semble que la quantité totale à injecter est plus importante que la dose d'une piqûre.

CONTRE-INDICATIONS

La seule contre-indication est l'existence des néphrites par suite de la toxicité relative des sels antimoniaux.

SIGNES D'INTOLÉRANCE

Il est rare que les signes d'intolérance apparaissent si l'on suit la posologie que nous avons indiquée, cependant sur certains sujets on peut observer :

a) Des accidents précoces : au moment de l'injection ; sensation de chatouillement dans la gorge, quinte de toux, légères nausées ; parfois des vomissements, une légère asthénie, des vertiges.

En face de ces phénomènes, il sera recommandé de ne pas dépasser la dose précédente et au besoin d'espacer les injections.

En général, les incidents que l'on peut observer aux premières injections ne se répètent pas lors des injections suivantes.

b) Des accidents tardifs : quelques heures après l'injection. Parfois le lendemain au réveil, le malade se plaint de douleurs de courbatures de myalgies ou d'arthralgies, en particulier au niveau des épaules.

c) Des accidents très tardifs : en fin de série. En pratique, on notera chez les malades traités par les sels d'antimoine des modifications cardio-vasculaires et l'apparition possible outre de troubles digestifs de quelques manifestations cutanées. On peut voir dans certaines séries qu'on a dû prolonger en face d'adénopathies suppurées rebelles une certaine faiblesse du pouls, une diminution de la tension artérielle, des vomissements, de la diarrhée et plus rarement l'apparition de pustules spéciales : ectima stibyé. On a surtout à compter en pratique médicale avec une certaine asthénie accompagnée d'hypotension artérielle : l'adjonction de certains médicaments classiques, en particulier de l'éphédrine, permet de parer facilement à ces incidents.

ACTION THÉRAPEUTIQUE

I. — *Forme ganglionnaire.* — Elle a surtout été étudiée dans les formes ganglionnaires de la maladie de Nicolas-Favre, soit dans les formes inflammatoires simples non suppurées, hyperplasiques inguinocrurales ou inguino-iliaques, soit dans les formes suppurées en particulier dans les formes « jeunes »,

récentes, suppurées massives, pseudo-chancrelleuses, et surtout dans les bubons suppurés fermés.

a) Forme non suppurée. — Dès les premiers jours après le début du traitement, la masse ganglionnaire diminue de volume dans son ensemble et généralement ce sont les ganglions les derniers atteints qui fondent les premiers.

Faisant suite à la dûreté initiale de l'adénopathie, la palpation met en évidence une sensation de consistance particulière pâteuse, la douleur du début disparaît rapidement, la mobilité sur les plans, profonds et au-dessous des couches superficielles se rétablit : le signe de l'ébranlement ganglionnaire de Favre n'existe plus. Au lieu d'une masse adénopathique aux limites assez floues, une palpation minutieuse fait mieux remarquer les sillons de séparation des ganglions. Si l'on avait une masse multilobée, on note alors des adénopathies séparées assez nettes.

En somme, le traitement agit rapidement dès les premières injections, sur la cellulite d'accompagnement lympho-granulomateuse.

Parfois, on constate dans une zone plus ou moins limitée de la masse tumorale, en général à la partie la plus proéminente, un certain degré de ramollissement, voire de pseudo fluctuation ; en continuant le traitement l'induration ne tarde guère à réapparaître et le processus de guérison se poursuit.

Un contraste que l'on doit souligner, existe d'une façon évidente entre la rapidité — en quelques jours

-- des disparitions de la cellulite péri-ganglionnaire et la lenteur relative de la résorption définitive de l'hyperplasie ganglionnaire.

b) Forme ganglionnaire suppurée. Si le malade n'est vu qu'à la période de suppuration, il est rare, mais cependant possible, de voir se résorber les zones fluctuantes. Si on abandonne ces abcès lympho-granulomateux à eux-mêmes, ils peuvent créer, en s'ouvrant dans la peau, une fistule durable ; aussi certains auteurs conseillent en face d'un bubon suppuré de le vider soit en le ponctionnant, soit de préférence en l'incisant légèrement au bistouri. En tous cas, même dans ces adénopathies où un traitement local est quelquefois nécessaire, l'antimoine a une action favorable. Tarissement quasi constant de l'écoulement purulent. L'ouverture se ferme plus ou moins rapidement et se cicatrise nettement.

Disparition de l'infiltration fibreuse autour de l'abcès vide. Il est en effet d'observation courante dans les bubons ouverts spontanément, de voir se créer tout autour de l'orifice pustuleux une tuméfaction fibreuse, avec décollement péri-fistuleux sous-cutané et modification importante de la peau à ce niveau : on peut facilement enfoncer les doigts dans la masse ganglionnaire atteinte qui forme alors une sorte de puits fibreux.

Dans le traitement par l'antimoine, on n'a pas cet aspect assez spécial de la poradénite. La fibrose péri-fistuleuse disparaît en même temps que la fistule. S'il persiste quelquefois un petit noyau

fibreux au niveau de la cicatrice, il ne tardera pas à disparaître au bout de quelques semaines. L'adénopathie se résorbe plus ou moins complètement.

Pour Sézary et Fumat « il vaut mieux ne pas inciser les abcès (qui peuvent, sous l'influence de l'antimoine se résorber sans intervention), on s'expose ainsi aux infections secondaires. Si l'on veut hâter la résolution ganglionnaire, on peut ponctionner et aspirer la collection purulente que l'on jugera en imminence de perforer la peau ».

c) Quant aux ganglions iliaques, douloureux au début, spontanément et à la palpation, en déprimant la fosse iliaque derrière l'arcade crurale ils sont rapidement influencés par l'antimoine, leur volume diminue et la douleur disparaît. On sait (sauf dans l'observation de Trousseau) que les ganglions iliaques ne suppurent jamais.

En général cependant l'adénopathie rétro-crurale quoique diminuée de volume et indolore persiste longtemps. Ce sera encore avec l'intra-dermo-réaction de Frei, un bon signe pour le diagnostic rétrospectif de la maladie.

d) Les signes généraux disparaissent avec l'application de sels antimoniaux ; l'état sub-fébrile des malades s'amende vite ; la température revient autour de la normale, l'appétit renaît et l'état général se relève nettement.

II. — *Forme extra-ganglionnaire.* — Fumat dans une thèse récente sur la maladie de Nicolas Favre

et son traitement par l'antimoine n'étudie seulement que les localisations ganglionnaires de la poradénite (18 cas). Cependant, quelques auteurs ont pu noter l'action favorable du « Stibyal » dans d'autres formes de la lympho-granulomenteuse. En particulier, nous devons mentionner une belle observation de notre maître Marcel Pinard et d'Albert Fiehrer ; dans un cas de maladie de Nicolas-Favre, avec ulcération anale torpide, nodule hypodermique et réaction de Frei positive, à plusieurs reprises, forme cutanée de la poradénite, ces auteurs ont obtenu rapidement la guérison de l'ulcération anale et des nodules hypodermiques par des injections intra-veineuses de « Stibyal ».

Il convient de remarquer que dans cette observation, il a été nécessaire d'ajouter au traitement général par l'antimoine un traitement local par les injections de glycérine (décembre 1932). Dernièrement, l'un de ces auteurs a eu l'occasion de revoir (en 1934) la malade. Elle ne présentait aucune ulcération anale ni aucune fibrose persistante au niveau des anciens nodules hypodermiques inguinaux. Une cicatrice linéaire régulière souple et presque invisible était le résultat de ce traitement combiné.

Un fait encore est à souligner : l'existence des lésions de rectite ulcéreuse et légèrement végétante (Dr Bensaude 1934). Chez cette malade, après une guérison clinique définitive de lésions cutanées de la poradénite, s'est développée insidieusement et de façon progressive une rectite ulcéreuse et légèrement

végétante. Des faits analogues notés par d'autres auteurs semblent montrer que dans certains cas, le traitement par l'antimoine est impuissant contre des localisations rectales. Peut-être peut-on invoquer dans ces formes un peu anormales de la lympho-granulomateuse l'association avec d'autres agents pathogènes.

CONCLUSION

Les résultats obtenus par le traitement antimoneux dans la maladie de Nicolas-Favre sont très encourageants. Avec un traitement d'une durée moyenne d'un mois et nécessitant une douzaine d'injections en général, ne comportant pas de contre-indication pratiquement, ne donnant pas de graves incidents, on peut obtenir :

1° La guérison de formes ganglionnaires hyperplasiques pures ;

2° La guérison dans deux tiers des cas environ (Fumat) des formes suppurées récentes. ;

3° La guérison de certaines formes anormales en particulier des formes cutanées. Mais on doit compter cependant avec des améliorations insuffisantes et même des échecs absolus dans les formes ganglionnaires suppurées.

D'autre part, dans les localisations rectales de la maladie, le traitement se montre souvent inactif. Dans l'ensemble, il constitue une arme thérapeutique souvent active des adénopathies lympho-granulomateuses.

CHRYSOTHÉRAPIE

MM. Lepinay et Grévin en 1931, ont préconisé le traitement de la maladie de Nicolas et Favre par les sels d'or.

Ces auteurs rapportent, en particulier, deux observations caractéristiques de ce mode de traitement.

Indications

Formes ganglionnaires de la lymphogranulomatose bénigne, soit : hyperplasique simple, soit suppurée fermée ou fistulisée.

Médicaments employés

On peut se servir d'une des multiples préparations des sels d'or, employées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire en général à des *doses moyennes*.

MM. Lépinay et Grévin ont employé le Thiopropanol ou sulfonate double d'or de sodium par voie intra-musculaire. On peut également faire usage de la Crisalbine ou Thiosulfate double d'or et de sodium, par voie intra-veineuse.

Posologie

Elle est variable, suivant la préparation d'or employée.

a) Pour le Thiopropanol, les doses employées ont été de 5, 10, 15, 20, 25, 25, 25 et 25 cgr.

b) Pour la Crisalbine, 5, 10, 15, 20, 25 cgr. à répéter plusieurs fois sans dépasser cette dose et avec les précautions d'usage, c'est-à-dire en surveillant la peau, la température, la diarrhée, l'albuminurie et les modifications sanguines.

Résultats

MM. Lépinay et Grévin ont observé après échec du traitement iodé et des injections de sel de cuivre les bons résultats obtenus par les sels d'or, en associant un traitement local par ponction et aspiration du pus ganglionnaire.

Après les deux premières injections, ils ont noté déjà une diminution des phénomènes généraux et de la péri-adénite ; à la huitième injection, le malade guérit et pouvait reprendre son travail.

Les auteurs, ont noté en même temps que la régression des phénomènes cellulo-ganglionnaires, la *disparition complète* des adénopathies iliaques avec amélioration notable de l'état général.

Il est bon de faire par précaution, après un repos convenable, une nouvelle série d'injections des sels d'or comme traitement de consolidation.

TRAITEMENT PAR LE SULFATE DE CUIVRE AMMONIACAL

MM. Paul Carnot et Froment ont publié en 1924, les résultats excellents qu'ils ont obtenus dans un cas rebelle et typique de la maladie de Nicolas-Favre.

Il s'agit de forme ganglionnaire bilatérale inguiniliaque suppurée avec fistules multiples dans une masse cellulo ganglionnaire fibreuse importante. Malgré l'absence de l'I. D. R. de Frei, il s'agit incontestablement, vu le tableau clinique, d'une forme typiquement classique de poradénite. Outre l'aspect clinique, la négativité de différents examens de laboratoire est caractéristique.

Le traitement par le sulfate de cuivre ammoniacal fut mis en œuvre quatre mois après le début de l'affection qui était en pleine évolution.

Posologie

La dose employée fut de 0 gr. 04 de sulfate de cuivre ammoniacal en solution à 4 % par injection intraveineuse (vu la causticité du produit par voie sous-cutanée).

Les injections ont été quotidiennes jusqu'à concurrence d'une dose totale de 0 gr. 64.

Il est bon de ne pas dépasser les doses prescrites par ces auteurs et de tâter la susceptibilité du sujet au médicament pour ne pas s'exposer à des intoxications (Petges).

Résultats

Dans le cas de MM. Paul Carnot et Froment ils furent :

1^o Remarquables : il est bon de noter en effet que le traitement fut commencé à la phase de fistulisation, phase à laquelle il n'est pas rare de voir échouer les différents traitements médicaux préconisés dans la lympho-granulomatose bénigne :

2^o Rapides : dès les premières injections, on put constater une diminution notable des adénopathies, tant iliaques qu'inguino-crurales en même temps qu'une diminution de la suppuration, qui était abondante et obligeait le malade à porter un pansement permanent.

3^o Complètes : à la seizième injection le phénomène de suppuration avait disparu complètement.

Les adénopathies avaient regressé notablement et le malade put reprendre son travail.

Revu trois mois plus tard, à l'occasion d'un ictère catarrhal, c'est-à-dire sept mois après le début de la maladie, on pouvait constater une cicatrisation complète de lésion et l'absence de toute zone de sclérose.

Cette intéressante observation, montre que l'on aurait parfois avantage à essayer le sulfate de cuivre

ammoniacal dans les cas rebelles aux autres traitements médicamenteux.

A notre avis, on peut adopter les conclusions des auteurs. « Il nous paraît intéressant d'appeler l'attention sur cette thérapeutique inoffensive qui nous a donné un succès très caractéristique ».

LE TRAITEMENT PAR L'ÉMÉTINE

Préconisé par Ravaut, ce traitement se fait à la dose de 6 à 8 centigrammes, par voie intra-musculaire, par jour, jusqu'à 1 gramme en tout.

Il est bon de lui associer un traitement par l'éphédrine.

Ravaut l'a employé, avec succès, dans d'assez nombreux cas : il en rapporte, en particulier, trois belles observations dans les *Annales de Dermato-Syphilographie* en 1924.

Dans les trois cas, il s'agissait de formes ganglionnaires. Le traitement par l'émétine fut dans le premier cas, le suivant : commencé le 27 mai par voie intra-musculaire (0,08 cgr.) puis par voie endoveineuse (0,04 cgr.) fut arrêté le 15 juin. Dès la deuxième injection, amélioration nette : le volume et la sensibilité des ganglions diminuent, l'écoulement de pus (adénite fistulisée) est moins marqué. A la dixième injection, les ganglions indolores sont diminués de moitié et la sécrétion est presque nulle. Le 15 juin, l'écoulement est arrêté.

Dans une deuxième observation (adénopathie inguinale bilatérale suppurée fistulisée) le traitement

par le chlorhydrate d'émétine amène une amélioration dès la deuxième injection et la guérison apparente vers la treizième injection. Une rechute survenue quelques jours plus tard par reprise prématurée du travail est vite jugulée par une nouvelle série d'injections.

Enfin dans un autre cas (adénopathie suppurée de l'aine gauche fistulisée) la série dut être prolongée pour amener la guérison (6 semaines environ).

TRAITEMENT PAR LA GLYCÉRINE

Levaditi avait constaté au cours de ses recherches sur la maladie de Nicolas et Favre que les lésions d'encéphalites déterminées chez les singes par l'inoculation du pus et des fongosités prélevées au niveau des ganglions atteints de cette affection étaient transmissibles d'un singe à l'autre, mais que cette transmission était interrompue lorsqu'on immergeait les cerveaux simiens dans la glycérine.

Marcel Pinard pensa que cette action inhibitrice de la glycérine *in vitro* sur le virus lymphogranulomateux pouvait être utilisée dans le traitement de la poradénite et que la glycérine pouvait également exercer *in vivo* son action.

Mode d'emploi de la glycérine

On utilise des ampoules de glycérine stérilisée : il est bon de se servir d'aiguille d'assez gros diamètre (12/10 mm. au moins, afin de pouvoir pousser le liquide sans trop de difficulté).

On peut faire l'injection :

a) Soit après curetage de la lésion lymphogranulomateuse et même faire des pansements à la glycérine.

b) Soit après ponction de la poche ramollie.

On aspire d'abord le pus, puis on injecte la glycérine.

c) Soit par ponction ganglionnaire.

1^o Pour cela, s'assurer que l'on est bien dans le ganglion, en mobilisant le ganglion sur les plans profonds.

2^o Aspirer toujours, pour voir si l'on n'est pas dans une zone ramollie : dans ce cas, vider la poche.

3^o Pousser lentement : l'injection est un peu douloureuse, mais la douleur cesse vite dans les minutes qui suivent.

Faire des injections tous les jours d'abord, puis espacer. Commencer par vider les abcès superficiels avant de faire les injections intra-ganglionnaires.

Les résultats

Sont excellents, non seulement dans les formes ganglionnaires banales suppurées, fermées ou fistulisées, mais encore dans les autres localisations de la poradénite :

a) Forme cutanée ;

b) Rétrécissement du rectum avec éléphantiasis vulvaire.

LE TRAITEMENT PAR L'IODE

Dans le traitement de la maladie de Nicolas et Favre, l'iode, d'abord employée dans les bubons climatiques, fut vite en faveur.

On peut l'administrer en ingestion ou en injections.

a) Méthode per os de Le Dantec (1929) et de Jersild.

« Maintenir le malade dans le décubitus dorsal avec un spica légèrement compressif sur l'aine ; laxatif quotidien avec une cuillerée de sulfate de soude en cas de constipation ; administration à l'intérieur à doses lentement progressives d'iode ». Au début 30 gouttes par jour dans du lait ; augmenter de 10 gouttes par jour jusqu'à 100 et même 150 gouttes par jour (par doses fractionnées). La guérison s'obtient généralement en 4 à 6 semaines.

Échecs possible. On peut remplacer l'iode par la liqueur de Gram.

b) Injections intraveineuses de Ravaut.

On se sert d'une solution de Lugol, composée d'iode métallique, 1 gramme et d'iodure de potassium 2 grammes pour 100 cm³ d'eau distillée.

On fait d'abord des injections quotidiennes de 5 à 10 mêlés à une quantité égale d'eau physiologique. L'oblitération des veines s'observe fréquemment dès la 3^e ou 4^e injection.

On évite l'endophlébite toxique en diluant, comme Rosenthal l'a indiqué, la liqueur de Gram dans du sérum glucosé isotonique.

Ravaut conseille d'injecter un mélange (fait au moment de l'emploi) de solution iodée et d'hypo-sulfite de soude : il emploie actuellement partie égale d'une solution d'iode à 10 % et d'hyposulfite à 20 %.

Ravaut a obtenu de beaux succès avec le Lugol dans les formes ganglionnaires de la maladie : *Annales de Dermato-Syphiligraphie*, 1924. Dans la 14^e observation, le traitement au Lugol (par injections puis par os) commencé le 4 octobre avait amené la guérison le 11 novembre. La malade de l'observation 19 guérit rapidement de ses adénopathies inguino-iliaques par le lugol en 17 jours. Dans le cas 21, amélioration en dix jours par la médication iodée.

TRAITEMENT PAR LE SALICYLATE DE SOUDE

M. Paul Chevallier et Albert Fiehrer, ont insisté récemment (1933) dans des publications successives sur les avantages du traitement de la maladie de Nicolas Favre par le salicylate de soude.

Déjà employé avec succès d'une façon incidente par Touraine et d'autres auteurs au cours de poradénite avec arthralgie. Ce médicament paraît donner jusqu'ici des résultats intéressants et confirmés plusieurs fois.

« C'est par hasard, disent MM. Chevalier et Fiehrer que nous avons été amenés à faire du salicylate de soude dans la poradénite... Depuis, nous instituons systématiquement le salicylate de soude à tous les malades atteints de maladie de Nicolas Favre.

Nous avons d'abord préconisé le traitement per os : récemment nous avons présenté à la Société de dermato-syphiligraphie un malade atteint de poradénite certaine guéri par le salicylate de soude. Il est de toute nécessité, comme il est classique, de mettre les malades au lait, deux à trois litres par jour et de donner par doses fractionnées six à huit grammes par vingt-quatre heures. Plusieurs malades,

traités de cette façon ont été les uns améliorés, les autres guéris. Les gros avantages de cette méthode thérapeutique est d'être simple, facile, rapidement jugée, et elle nous paraît être parmi les traitements médicaux proposés l'une des meilleures thérapeutiques.

Son inconvénient, est de mettre le patient au régime lacté et l'on se heurte souvent à la mauvaise volonté du malade : deux de nos malades ont préféré être traités chirurgicalement, plutôt que de rester au lait et disaient-ils, « être plus vite débarrassés ». Nous pensons que l'on peut obvier à cette difficulté, en faisant des injections intra-veineuses de salicylate de soude. Nous mettons le malade au régime normal, nous faisons des injections intra-veineuses quotidiennes de salicylate de soude glucosé (salicylate 1/10, glucose 1/10).

Nous commençons par 0 gr. 50 et suivant la tolérance du sujet, nous restons à cette dose ou nous augmentons. Nous ne dépassons pas 1 gramme par jour et nous préférons dans ce cas faire le salicylate en deux fois (0 gr. 50 le matin, 0 gr. 50 l'après-midi). Les résultats semblent, jusqu'ici, nettement favorables.

Nous avons ainsi traité quelques variétés cliniques de maladie de Nicolas Favre : des formes non suppurées, cliniquement du moins, des formes suppurées massives..., des formes muqueuses, ulcère chronique de la vulve, poradénite ano-vulvaire (esthiomène vulvaire avec rétrécissement du rectum)...

Nous manquons évidemment de recul pour juger la méthode et l'un de nous, a d'ailleurs décrit avec Jean Bernard des formes spontanément curables de poradénite. Cependant, il nous semble que les résultats obtenus jusqu'ici avec le salicylate de soude sont très satisfaisants. Dès les premiers jours de l'administration on constate une disparition rapide des douleurs ganglionnaires et l'élément cellitique associé est vite amélioré : nous avons actuellement dans le service, un malade chez lequel les injections intra-veineuses de ce médicament ont fait disparaître au bout de huit à dix jours la cellulite d'accompagnement d'une façon remarquable. Les ganglions iliaques sont en général peu influencés par le traitement. Parfois on est obligé d'évacuer par ponction un petit abcès ganglionnaire qui reste dans l'aîne ; en peu de temps, le malade peut reprendre ses occupations. Cette nouvelle médication mérite d'entrer dans la pratique dermatologique courante ».

Conclusion

Le traitement salicylé a :

1^o L'avantage d'être une méthode simple, facile et rapidement jugée, ne donnant aucun incident ;

2^o Il agit avec prédilection sur les formes ganglionnaires de la maladie.

a) Soit les formes non suppurées ;

b) Soit les formes suppurées ouvertes ou fermées.

Dans ce cas, il agit rapidement et en quelques jours sur la cellulite périganglionnaire qui disparaît vite.

En cas de suppuration, il semble contribuer à assécher plus rapidement les abcès, toujours il fait disparaître la fibrose péri-focale et pério-fistuleuse.

Certains auteurs ont noté dans des cas de suppuration multiples de l'aîne avec bloc fibreux (en véritable pomme d'arrosoir classique) une amélioration manifeste des lésions.

3^e Les adénopathies iliaques diminuent de volume et ne sont plus douloureuses ;

4^o L'état général s'améliore.

Cependant le traitement par le salicylate de soude, comme tous les traitements médicamenteux de la poradénite rencontre des échecs.

Si après une douzaine d'injections quotidiennes, l'état des lésions est stationnaire, on peut abandonner le traitement.

5^o Certains auteurs, ont traité des formes muqueuses (ulcère chronique de la vulve, rétrécissement recto-lympho-granulomateux) par le salicylate. Les résultats sont peu nets.

En somme comme tous les traitements médicaux déjà préconisés, le salicylate de soude compte des succès et des échecs. Les formes ganglionnaires, les formes récentes de la poradénite semblent surtout en bénéficier.

Cette nouvelle médication mérite d'entrer dans la pratique.

Il est curieux de constater que les échecs se voient là encore dans les formes anormales de la maladie. On peut se demander si ces localisations spéciales de la maladie de Nicolas Favre ont affaire à une virulence plus grande de l'agent pathogène, ou à des associations microbiennes.

Récemment, on insistait sur des cas de rétrécissements rectaux d'étiologie complexe. (Touraine, Marcel Pinard) : association des gonococcie, de syphilis et de poradénite. On a observé il y a peu de temps l'existence des baccilémies tuberculeuses dans ces formes particulières de la lympho-granulomatose.

6° Enfin, quelques auteurs emploient le salicylate comme traitement d'épreuve pré-opératoire.

En face d'une poradénite on conseille donc :

a) De faire un traitement d'épreuve par le salicylate ;

b) En cas d'échec, avoir recours au traitement chirurgical que nous allons étudier plus loin.

Dans tous les cas, en faisant disparaître l'élément inflammatoire et cellulitique, le salicylate de soude simplifiera grandement l'opération.

BIOTHÉRAPIE

Les traitements biologiques de la maladie de Nicolas et Favre ont fait l'objet de nombreuses études.

a) VACCIN DE DELBET. — Delbet, Beauvy et Ménégaux ont utilisé avec succès dans un cas de poradénite un vaccin préparé avec des ganglions desséchés. Cette méthode n'est pas entrée dans la pratique courante et Nicolas et Favre pensent que les résultats obtenus s'expliquent non par l'injection d'extraits ganglionnaires, mais par l'ablation préalable des adénopathies.

b) Il est fréquent d'obtenir de bons résultats avec des *injections intra-veineuses de vaccin antichancrelleux (Dmelcos)* en cas de poradénite certaine.

En effet, en pratique dermatosyphiligraphique courante, il n'est pas rare devant un bubon suppuré d'avoir une réaction de Frei négative, une réaction du Dmelcos douteuse ; on fait une série de Dmelcos, l'adénopathie peut disparaître et souvent alors après la guérison on peut faire la preuve de la nature lymphogranulomateuse de l'adénopathie : la I. D. R. de Frei est positive. A ce propos, nous devons rappeler deux opinions différentes.

1^o Pour Milian, la maladie de Nicolas et Favre n'est qu'une infection chancreuse atténuée.

2^o Pour certains auteurs lyonnais (Gaté, Charpy, etc...), l'épreuve du Dmelcos dans une adénopathie suppurée est caractéristique de sa nature chancreuse.

Quoiqu'il en soit, il est incontestable que le Dmelcos donne des guérisons dans des poradénites certaines.

c) Gay, Prieto et Kleeberg ont obtenu des guérisons avec la TUBERCULINE.

M. Kleeberg (de Berlin) préconise l'emploi de la tuberculine dans le traitement des bubons lymphogranulomateux. Cet auteur a essayé ce mode de traitement à la suite de constatations faites par MM. Garcia Casal, Sainz de Aja et Criado qui ont démontré l'influence heureuse du traitement par la tuberculine sur les chancres phagédéniques et les chancres mous ayant résisté à toute autre thérapeutique. De même, les observations du P^r Finkus qui pendant six ans traitait les bubons de chancre mou par des injections de tuberculine intracutanées à l'exclusion de tout autre traitement avec un succès complet.

Le D^r Kleeberg dit avoir obtenu dans la plupart des cas une régression des tumeurs. Rarement, il a été nécessaire de faire l'incision des abcès.

Les doses employées sont de 0,25 à 0,60 milligrammes de tuberculine intracutanée « et injectées seulement après la disparition de la réaction locale, toujours dans la zone constituée par les bords de

l'ancien foyer en profitant de l'allergie locale ».

La contre-indication formelle de ce mode de traitement est la moindre atteinte tuberculeuse pulmonaire et l'auteur conseille de faire un examen très rigoureux des poumons avant d'employer la tuberculine.

d) Paul Chevallier a signalé l'excellent effet obtenu dans un cas avec l'ALLERGÈNE DE JOUSSET.

e) Katz, en 1932, a montré les effets parfois favorables que l'on peut obtenir dans la lymphogranulomatose inguinale par le SÉRUM DE CONVALESCENT.

Cette méthode demande confirmation.

f) Enfin, *Hellerstrom* à l'étranger, Nicolas Favre et Lebœuf, M. Ravaut ont traité par les injections d'ANTIGÈNE LYMPHOGRANULOMATEUX, différentes formes de poradénite.

Maisler, dans sa thèse de 1933, résume l'étude biologique et thérapeutique des extraits d'antigène.

ANTIGÈNE EMPLOYÉ

L'antigène employé par Maisler est un antigène d'origine simien préparé par M. Levaditi. C'est un antigène dilué.

Paul Chevallier, se sert d'un antigène humain dilué ou injecté à des doses progressivement croissantes ($1/4$, $1/2$ cmc.).

POSOLOGIE

La dose efficace est entre 0,5 à 2 cc. Il est bon de

commencer par 0,5 et d'augmenter ensuite la dose jusqu'à 2 cc. On constate chez le sujet sensibilisé et suivant les antigènes des réactions différentes. A la première injection, on observe une réaction générale des plus nettes. Pendant six à neuf heures, aucun phénomène clinique ne survient. Ce n'est que neuf à dix-huit heures après qu'il apparaît : 1° des frissons ; 2° un malaise général avec céphalée, courbatures et parfois vomissements ; 3° une ascension thermique notable, à 39 ou 40°, de durée variable, parfois elle ne dure que six à douze heures, souvent elle se prolonge pendant 24 à 48 heures en descendant en lisis.

Cette *fièvre prolongée* est caractéristique de la réaction à l'antigène et il est possible de voir une deuxième poussée fébrile vers la 36^e ou la 40^e heure.

Aux injections suivantes répétées tous les deux ou trois jours, on remarque rapidement que les réactions générales diminuent d'intensité, même en augmentant la dose et la réaction peut devenir rapidement nulle.

Ravaut ajoute à l'antigène, du Dmelcos pour maintenir lorsqu'elle s'atténue l'hyperthermie que donne l'injection intraveineuse.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Maisler, dans sa thèse, apporte quinze observations de malades traités de cette façon.

Treize cas de forme ganglionnaire, un cas de esthiomène vulvaire, avec éléphantiasis, un cas de rétrécissement du rectum avec rectite intense et infiltration péri-ano-rectale.

1^o Forme ganglionnaire. Sur les treize cas, on note quatre guérisons, une amélioration nette, deux échecs, six cas améliorés de façon sensible. On doit noter que dans tous ces cas, on a associé à la vaccinothérapie l'électro-coagulation et le traitement iodé.

2^o Forme non ganglionnaire. La vaccinothérapie a amélioré nettement, mais temporairement, l'ulcération vulvaire et l'infiltration œdémateuse (observation Maisler, n^o 14).

La vaccinothérapie a donné un résultat remarquable (Observation Maisler n^o 15) au cours d'un rétrécissement rectal avec grosse rectite. Elle a complètement asséché la rectite et a fait résorber en partie les infiltrations péri-ano-rectales et surtout a rendu très large un rétrécissement antérieurement infranchissable à tel point que le malade a pu se considérer comme guéri ; mais revu plus tard, l'amélioration n'a pas persisté. D'une façon générale, sur plus de treize cas de poradénite ganglionnaire on n'a jamais observé une guérison rapide « comme cela se voit assez souvent au cours du traitement par le Dmelcos de bubons chancrélieux », et pour avoir des résultats thérapeutiques appréciables et constants il faut lui associer, disent Ravaut et Maisler, l'électro-coagulation.

Chez six malades traités par la vaccinothérapie et présentant des ano-rectites, des rétrécissements du rectum, des éléphantiasis ano-génitaux, les résultats thérapeutiques ont été nuls.

LES AGENTS PHYSIQUES

Traitement par la radiothérapie

Nicolas a conseillé tout d'abord ce mode de traitement qui donne des résultats excellents, surtout lorsqu'il peut être fait de façon précoce, dans les formes ganglionnaires avec un ramollissement peu marqué et avant la production des fistules multiples.

Fernet, Belot et Nahan en 1931 sont revenus sur la question et ont particulièrement insisté sur la valeur curative de la radiothérapie dans les formes chroniques fibreuses suppurées et fistulisées de la lympho-granulomatose bénigne.

A propos de cette communication à la Société de Dermato-Syphilographie, Nicolas a d'ailleurs approuvé les indications de la radiothérapie et confirmé d'après ses propres observations les bons résultats que l'on pouvait obtenir par la radiothérapie ; non seulement dans les formes non suppurées, mais encore dans les formes fibreuses, fistuleuses de la maladie. Buffé et Friess rapportent également en décembre 1931 une guérison par la radiothérapie d'une forme fistuleuse de poradénite.

Les bons résultats de la radiothérapie ne sont pas

cependant constants. Favre (1921), Ravaut (1932) ont noté des échecs. Pour Ravaut :

« Dans les formes ramollies et fistuleuses, l'électro-coagulation préalable permet précisément à la radiothérapie d'exercer son action comme dans les formes inflammatoires simples. Nous avons utilisé la radiothérapie dans un assez grand nombre de cas ; nous avons pu constater son action parfois très efficace... Nous avons pu à maintes reprises compléter les effets de la diatermo-coagulation par l'irradiation directe des lésions mises à nu dans le fond de la plaie opératoire ».

Pour Ravaut cependant, les guérisons complètes sont loin d'être constantes. Il cite en particulier l'observation d'un malade que l'on avait soumis à des séances répétées et prolongées de la radiothérapie par erreur de diagnostic (Hogdtkin). Il survint une radiothermite étendue de la région inguinale et la guérison complète fut particulièrement longue à obtenir, dans ce cas qui, dans la suite, se montra aussi résistant à une tentative nouvelle de radiothérapie.

POSOLOGIE

Belot et Nahan font des irradiations des régions inguino-iliaques en dépassant largement le territoire ganglionnaire atteint, rayonnement pénétrant (E. E. 40 cm.) filtre 0,5 zinc ; dose à la peau par champ 3.000 R. à 3.500 R. étalée sur huit à dix jours.

Au besoin, faire s'il est nécessaire une nouvelle série d'irradiations (six à huit semaines après).

Buffé et Friess conseillent des séances hebdomadaires de 500 R., rayonnement filtrés par 10 mm. d'aluminium, 120.000 volts, distance anticathode-peau, 25 cm. Dose totale 2.500 à 3.000 R.

RÉSULTATS OBTENUS

Sur douze cas incontestables de poradénite, Belot et Nahan ont obtenu huit guérisons, trois améliorations considérables et une amélioration légère.

Les ganglions encore perceptibles régressent rapidement, la suppuration après une légère exagération, au début s'atténue ; elle est tarie dans les trois ou quatre semaines qui suivent les radiations. Les fistules se cicatrisent et les masses scléreuses diminuent puis disparaissent.

Le placard fibreux peut ne disparaître, qu'après une seconde série de radiothérapie. Dans un cas de Buffé et Friess, la guérison complète fut obtenue en un mois juste après une série de radiothérapie. Pour Ravaut :

« Comme tous les autres procédés thérapeuthiques mis en œuvre dans le traitement de la maladie de Nicolas-Favre, la radiothérapie à côté des beaux succès, compte aussi des échecs. »

Rayons ultra-violets

Chauffard et Thévenard, en 1924, ont montré les

bons résultats thérapeutiques que l'on peut obtenir dans la poradénite par le traitement actino-thérapique.

Il s'agit dans l'observation qu'ils rapportent, que nous détaillons plus loin d'un malade atteint d'adénite suppurée inguinale bi-latérale. Ces adénites se sont fistulisées après incision locale et la description faite par les auteurs, montre que l'on a affaire malgré l'absence de I. D. R. de Frei inconnue à cette époque, à une maladie de Nicolas et Favre, typique de forme ganglionnaire. En effet, la tuméfaction ganglionnaire, avec cellulite d'accompagnement typique, avec zone de ramollissement caractéristique, avec coloration violacée des téguments et fistulisations multiples), enfin avec adénopathie iliaque associée et recherches de laboratoire négatives, l'aspect du pus, tout démontre qu'il s'agit d'une poradénite certaine.

Notons, en passant, que chez ce sujet, ancien colonial, l'association d'un syndrome dysentérique a fait faire d'abord un traitement éméтинien. Ce traitement éméтинien, n'a eu aucune action contre les éléments ganglionnaires et c'est seulement lorsque le malade a été soumis à des applications quotidiennes de rayons ultra-violets que l'on a vu se dessiner une amélioration, puis s'amorcer la guérison.

POSOLOGIE

Le sujet est soumis à des applications journalières de rayons ultra-violets d'une durée de dix

minutes faites au moyen d'une lampe à quartz et mercure élevée à 1 m. 50, au-dessus des téguments.

Il est de toute nécessité de protéger les parties génitales par des compresses de toile.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Appliqué depuis par de nombreux auteurs et dans des cas semblables, les résultats ont été analogues. Comme dans les différents traitements tant locaux que généraux de la lymphogranulomatose bénigne, les rayons ultra-violets ont une action rapide :

- 1^o Sur l'empâtement péri-ganglionnaire diffus ;
- 2^o Sur la sécrétion ou les suintements purulents ;
- 3^o Sur l'hyperplasie ganglionnaire elle-même.

Dès les premières séances, on constate et en général dès la quatrième séance, une amélioration très nette. Il n'est pas rare de voir une guérison clinique presque complète à la dixième ou à la douzième irradiation.

Au besoin, après un repos variable, il sera parfois nécessaire de faire une nouvelle série.

En général, les téguments ne subissent aucune modification importante comme on pourrait le craindre au niveau de ces tissus mal nourris, sclérosés, péri-fistuleux. On constate seulement une pigmentation discrète qui témoigne de l'irritation des téguments à l'irradiation.

Diathermie

Dans les rétrécissements de nature lympho-granu-

lomateuse, les séances de diathermie et de dilatation sont nettement indiquées. Dans notre étude générale sur le traitement de la maladie de Nicolas-Favre, nous n'avons pas à entrer dans des détails techniques de ces séances de diathermie rectale: il ne s'agit pas ici de traitement spécial à la poradénite, c'est le traitement habituel de tous les rétrécissements inflammatoires du rectum.

Nous insisterons simplement sur plusieurs points.

1^o L'insidiosité évolutive particulière de ces sténoses inflammatoires ;

2^o Sur la rapidité d'évolution de ces rétrécissements, malgré les séances rapprochées de diathermie ;

3^o Sur l'importance d'association d'infiltration péri-rectale, péri-anale et souvent même d'infiltration plus étendue sur lesquelles la diathermie est le plus souvent malheureusement sans action.

Traitement par l'électrocoagulation

« LE DRAIN DIATHERMO-COAGULANT »

Préconisée par M. Ravaut, l'électro-coagulation constitue pour cet auteur un « véritable drain diathermo-coagulant ».

Se basant sur l'action favorable des crayons caustiques dans le traitement des bubons d'une part, d'autre part sur les résultats pratiques obtenus par la diathermo-coagulation dans les foyers profonds enkystés de l'acné chéloïdienne de la nuque

et l'actynomycose de la joue, cet auteur a conseillé la libération des foyers suppurés intra-ganglionnaires de la poradénite par la diathermo-coagulation.

TECHNIQUE

M. Ravaut se sert de l'appareil de Heitz-Boyer-Beaudouin.

Le Docteur Marie Laporte Du Bouchet dans sa thèse de 1931 signale quelques points particuliers relatifs à l'usage de cet appareil :

« On emploie le montage en lit condensateur de Bordier. Le sujet est couché sur l'électrode indifférente dont il est séparé par un diélectrique. Ce procédé, qui supprime toute possibilité de brûlure, permet au besoin l'emploi de l'anesthésie.

Le seul inconvénient est qu'il n'est possible qu'avec un appareil puissant recevant 2 ampères au primaire du transformateur.

« On utilise comme électrode active une aiguille de couturière en acier (n° 6).

On règle la longueur d'étincelle au minimum et on se place en bipolaire, c'est-à-dire qu'on relie l'électrode indifférente à la borne marquée « masse ». Il existe une pédale interruptrice qui permet à l'opérateur de garder ses mains libres ».

M. Ravaut montre qu'il est impossible de dire par avance quelle intensité peut être choisie. Etre extrêmement prudent, en commençant par un courant très faible et en augmentant graduellement.

Voici le mode opératoire employé par le Docteur Ravaut tel qu'il l'a été indiqué par lui dans sa communication du 12 décembre 1929.

« Si les adénites sont multiples, profondes et le
« malade sensible, nous l'endormons ; le chlorure
« d'éthyle est presque toujours suffisant, car l'inter-
« vention est très rapide. Nous ne recourons presque
« jamais à l'anesthésie locale, car l'infiltration des
« tissus par des solutions salines modifie la conduc-
« tion du courant électrique et peut réserver des
« surprises désagréables en étendant les limites de
« l'action destructive. Le plus souvent, nous opérons
« sans anesthésie, la douleur est parfois très vive,
« mais ne dure heureusement que quelques secondes.
« S'il s'agit d'une adénite fermée, nous choisissons
« le point qui paraît le plus ramolli et nous piquons
« l'aiguille reliée à l'appareil de façon à atteindre le
« centre de la collection, puis nous faisons passer le
« courant. Comme nous recherchons une action des-
« tructrice, nous nous plaçons en bi-polaire et com-
« mençons avec un courant relativement faible que
« nous augmentons progressivement s'il est néces-
« saire.

« Très rapidement l'on voit la cavité se gonfler,
« faire hernie vers la surface », puis au niveau du
« contact de la peau et de l'aiguille apparaît une zone
« de coagulation blanche tout autour de celle-ci ;
« elle augmente de plus en plus en même temps qu'à
« l'intérieur des ganglions les tissus s'échauffent et
« entrent en véritable ébullition. Lorsque nous

« jugeons l'action suffisante, nous retirons brusque-
« ment l'aiguille. Si la lésion ganglionnaire est peut
« étendue, une seule piqûre suffit ; est-elle étendue,
« nous recommençons deux ou plusieurs fois la
« même intervention de façon que les zones coagulées
« se rejoignent tangentiellement aussi bien en sur-
« face qu'en profondeur.

« S'il existe des trajets fistuleux, nous les cauté-
« risons pour ainsi dire avec l'aiguille et opérons de
« la même façon. Si les tissus pathologiques se pro-
« longent loin de la fistule nous faisons quelques
« points dans le voisinage en cherchant à les réunir
« les uns aux autres.

« Les jours suivants un suintement abondant
« s'écoule par les points d'introduction de l'aiguille,
« puis au bout d'une dizaine de jour l'escarre se
« détache, entraînant avec elle la peau et le tissu
« ganglionnaire coagulé.

« Il se forme une plaie dont le fond est formé de
« tissu ganglionnaire, de tissu cellulaire sphacelés ;
« elle se cicatrise plus rapidement qu'on ne le pen-
« serait en la voyant.

« Les cicatrices sont relativement minimales et
« diminuent de plus en plus dans les mois qui suivent
« l'intervention.

« Si l'action diathermo-coagulante a été suffisante
« et a atteint tous les points malades, la guérison
« s'obtient en une seule séance et c'est le cas le plus
« fréquent. Bien que nous n'ayons jamais eu d'acci-
« dent dû à une nécrose trop profonde, nous ne sau-

« rions trop recommander la prudence car il faut
« bien se rappeler que le courant se dégage et agit
« non seulement sur toute la hauteur de l'aiguille
« mais encore à son extrémité plongeant ainsi plus
« profondément son action coagulante ».

ACTION DE L'ÉLECTRO-COAGULATION

1^o Destruction de foyers.

2^o Libération de foyers.

3^e Auto-vaccination. On doit insister sur un fait observé déjà par les anciens auteurs et sur lequel M. Ravaut a de nouveau attiré l'attention. Dans la poradénite, il suffit de détruire le foyer primitif le plus atteint pour voir disparaître progressivement les autres foyers, dans la plupart des cas, sans avoir besoin d'intervenir sur ceux-ci. On avait remarqué déjà il y a longtemps que les adénopathies iliaques ne suppurent jamais et se résorbent après la guérison des adénopathies inguinales. Dans les formes bilatérales de poradénite si l'on intervient sur le côté le premier atteint, l'adénopathie de l'autre côté se résorbe spontanément, souvent même quand elle suppure. De même c'est en se basant sur cette notion que certains auteurs, en particulier M. Paul Chevalier, conseillent une exérèse partielle, simplement des ganglions les plus atteints : le résultat se maintient excellent. C'est là un phénomène remarquable et particulièrement intéressant pour le traitement de la maladie de Nicolas-Favre.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Dans sa thèse le Docteur Marie Laporte du Bouchet donne quatre observations de la maladie de Nicolas-Favre. Un cas de bubon fermé, guérison en quatre semaines environ. Un cas d'adénopathie inguinale fistuleuse (trois fistules) d'un côté et adénopathie suppurée fermée du côté opposé : guérison en quatre semaines. Un troisième cas, adénopathie inguinale fermée traité par l'électro-coagulation. La malade n'a plus été revu au bout de cinq semaines et « il persistait au pourtour de la zone coagulée un empâtement prurigineux ».

La dernière observation concerne un malade avec adénopathie inguinale gauche suppurée fermée. La diathermo-coagulation n'a pas obtenu la guérison au bout de six mois et l'auteur signale en note que « depuis la rédaction de sa thèse, deux malades du service présentant des bubons ressemblant à ce dernier cas ont eu comme lui une évolution qui semble devoir être longue et compliquée ».

Dans tous les cas on a associé un traitement général au traitement local (Dmelcos, Lugol, éméline...)

Contre ce mode de traitement on a donné comme objections :

- a) la difficulté d'emploi d'un appareillage délicat ;
- b) la nécessité d'immobiliser le patient au lit pendant plusieurs semaines ;
- c) la production de grands délabrements au niveau des gros vaisseaux.

En fait, les délabrements sont nécessaires et voulus pour donner la production d'escarres massives permettant un drainage total, et pour M. Ravaut le drain électro-coagulant de bubons lympho-granulomateux constitue un traitement de sécurité de ceux-ci :

a) cette méthode réussit à assurer la guérison définitive et sans séquelles alors que les autres ont échoué ;

b) employé d'emblée il guérit presque aussi vite que les méthodes classiques en ne permettant ni séquelles ni récurrence, ce qui est un très grand avantage.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical de la maladie de Nicolas et Favre a été beaucoup discuté. Nombre d'auteurs encore actuellement lui préfèrent des traitements locaux tels que l'électro-coagulation, les injections de glycérine ou les traitements généraux en particulier les sels d'antimoine ou le salicylate de soude.

On doit distinguer dans le traitement chirurgical de la poradénite plusieurs cas.

1^o IL S'AGIT D'UNE FORME NON GANGLIONNAIRE DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE BÉNIGNE.

a) *Forme cutanée.* — Les deux observations principes de forme cutanée de la maladie de Nicolas et Favre ont été traitées chirurgicalement en particulier dans l'observation de M. Marcel Pinard et Albert Fiehrer ; on a fait un curétage des lésions inguinales et dans le cas de M. Paul Chevalier, l'excérèse chirurgicale a amené également la guérison.

Il semble donc que pour les formes cutanées nodulaires limitées de la maladie de Nicolas et Favre le traitement chirurgical soit le traitement de choix. C'est le plus simple, le plus rapide, le plus radical.

b) *Forme muqueuse.* — Dans les formes muqueuses à notre connaissance, sauf quelques biopsies, il n'a

pas été fait de traitement chirurgical dans les ulcères chroniques vulvaires lymphogranulomateux.

c) *Dans le rétrécissement du rectum*, de nature lymphogranulomateuse, on doit l'appliquer lorsque la sténose est intense et se complète malgré les traitements locaux (diathermie et les traitements médicaux généraux.

L'anus iliaque est formellement indiqué et permettra de parer aux conséquences de la sténose rectale. Certains auteurs ont proposé après attente suffisante et désinfection minutieuse du colon sigmoïde et du rectum, de faire ensuite une amputation rectale. On aurait ainsi obtenu de bons résultats et récemment encore MM. G. Gaté, A. Ricard, P. Guilleret et A. Fraidel (18 janvier 1934) ont fait faire cette amputation rectale dans un cas de maladie de Nicolas et Favre ano-rectale après anus iliaque de dérivation comme premier temps et un traitement médical d'ailleurs inopérant entre les deux temps opératoires.

Ces rétrécissements rectaux inflammatoires et en particulier lymphogranulomateux vont faire l'objet de discussions au prochain congrès de chirurgie. Certains auteurs ayant constaté des récidives post-opératoires et ayant vu des sténoses coliques se développer sur le segment abaissé pensent que dans la majorité des cas il vaut mieux s'abstenir et que seul l'anus iliaque de dérivation reste le traitement chirurgical indiqué dans ces cas auxquels on ne peut guère opposer actuellement que ce traitement palliatif.

2^o IL S'AGIT D'UNE FORME GANGLIONNAIRE.

Faut-il lui opposer un traitement chirurgical mutilant et demandant une immobilisation prolongée. Faut-il faire d'abord un traitement médical d'épreuve.

Tout d'abord le traitement chirurgical a été nettement contre-indiqué dans ces formes de poradénite. En 1929, Paul Chevalier écrivait « Des rechutes, de nouvelles poussées inflammatoires sont d'observation courante après le traitement chirurgical. Mais elles n'existeraient que si l'opération n'est pas complète, c'est-à-dire si toutes les masses ganglionnaires n'ont pas été enlevées ? Moins que la persistance des fistules et qu'un délabrement opératoire énorme, nous craignons les conséquences mêmes d'une ablation ganglionnaire complète et d'une cicatrice étendue qui oblitérent les voies lymphatiques. La stase permanente, et même l'éléphantiasis ne sont pas exceptionnels. Le traitement chirurgical reste donc un procédé d'exception ».

Depuis cet auteur a fait opérer dans son service à l'hôpital Cochin, de nombreux lymphogranulomateux et si quelquefois on peut voir, après l'opération, des placards lymphangitiques tenaces de la racine de la cuisse, dans l'ensemble les résultats sont excellents, à condition de suivre les directives suivantes.

1^o Enlever la masse inguinale *initiale et principale* c'est-à-dire en cas d'adénopathie bi-latérale n'opérer que le côté primitivement atteint ; en cas d'adénopathie unilatérale n'enlever que les principaux gan-

glions atteints sans toucher aux ganglions superficiels accessoires détachés de cette masse ni aux ganglions profonds du pli de l'aîne ni aux ganglions de Cloquet ni aux ganglions du groupe crural.

2^o Enlever la peau et les tissus sous-cutanés avec la masse ganglionnaire en bloc en quartier d'orange. On a vu en effet à l'anatomie pathologique que l'hypoderme contient souvent des abcès lymphogranulomateux indépendant de tout ganglion.

3^o) Laisser la plaie ouverte : panser à plat avec des compresses iodoformées que l'on renouvellera par la suite suivant les besoins. Ne pas suturer. Il est même inutile, souvent nuisible à une bonne cicatrisation de mettre deux points de suture aux deux extrémités de la plaie opératoire.

Hellerström ; Nicolas, Favre et Lebeuf ont recours souvent à l'intervention chirurgicale.

RÉSULTATS

Si le malade est immobilisé pendant un temps suffisant, un mois environ, avec des pansements faits régulièrement, on a des résultats excellents.

« L'exérèse chirurgicale donne une guérison rapide ».

On constate :

1^o une cicatrisation parfaite de la plaie opératoire : on est étonné souvent, malgré les larges plaies (paume de la main) de voir la rapidité de la cicatrisation; la cicatrice est linéaire, rectiligne, souple, peu visible.

2^o les masses ganglionnaires et l'inflammation cellulitique satellite inguino-crurale disparaissent;

3^o les ganglions iliaques régressent puis guérissent ;

4^o en cas d'adénopathie bi-latérale il est de règle de voir les ganglions du côté opposé diminuer de volume puis disparaître.

Il s'agit là de phénomènes sur la nature desquels on discute encore : en enlevant le foyer principal on fait disparaître les foyers accessoires :

L'exérèse est une véritable opération qui demande un chirurgien expérimenté.

CONTRE-INDICATION

On a d'abord donné comme contre-indication les adénopathies fistulisées avec inflammation diffuse et limite imprécise. Moins que la fistulisation l'étendue, la diffusion de l'infiltration péri-ganglionnaire est à considérer et il est préférable de refroidir, de localiser l'inflammation avant d'opérer, soit par un traitement médical soit par un traitement local.

INDICATIONS

Elles sont difficiles à poser et beaucoup d'auteurs préfèrent à l'exérèse chirurgicale de petits traitements locaux ; ponction, incision, curretage.

Actuellement, devant une adénopathie lymphogranulomateuse, non fistulisée, on fera d'abord un traitement médical d'épreuve (antimoine, salyci-

late de soude...) et si à la 10^e injection il n'y a pas une amélioration notable, on aura recours :

a) soit aux injections modificatrices de glycérine qui ont donné à de nombreux auteurs des résultats nettement satisfaisants et qui semblent influencer très favorablement l'évolution de la poradénite ;

b) soit (Hellerström, Nicolas, Favre et P. Chevalier) à l'exérèse chirurgicale.

Devant une adénopathie fistulisée on s'efforcera de limiter l'infiltration et l'étendue des lésions :

a) soit par un traitement médical ;

b) soit par un traitement local (injections de glycérine, ou séances de radiothérapie.

En cas d'échec et une fois que les lésions seront limitées on pourra intervenir chirurgicalement.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Nous tenons spécialement à remercier de leur obligeance les différents auteurs qui nous ont permis de reproduire dans notre thèse les principales observations caractéristiques de chaque traitement.

Le manque de place nous a obligé à réduire considérablement et plus que nous ne l'aurions voulu le nombre de ces observations.

Nous avons essayé de réunir dans notre travail sur le traitement de la maladie de Nicolas et Favre les principales publications sur ce sujet et en particulier nous avons, autant que possible, eu recours aux observations *princeps*.

Malheureusement, nous pensons avoir été forcément incomplet.

Cependant, la lecture de ces quelques observations permettra de se faire un jugement impartial sur les différents résultats obtenus.

ANTIMOINE

OBSERVATION I. — Docteur Guy FUMAT

S. G., vingt-huit ans.

Il y a quinze jours une petite tumeur est apparue dans l'aîne gauche, et en deux ou trois jours, elle a atteint le volume actuel, accompagnée d'asthénie, d'anorexie, ayant obligé le malade à cesser son travail. Porte d'entrée inconnue.

Entré le 10 décembre 1931. Nous trouvons une adénopathie située au-dessous de l'arcade crurale gauche, dans son tiers interne, formée par deux masses, la plus interne du volume d'un abricot, l'autre comme une grosse noix. Ces masses n'adhèrent pas aux plans superficiels, mais nous constatons un gros empatement ganglionnaire iliaque profond. Aucun caractère d'inflammation. Au sommet de la masse la plus interne, il semble exister une zone de légère fluctuation. Pas de douleurs.

Le B. W. dans le sang est négatif.

L'I. D. R. au Dmelcos négative.

L'I. D. R. au Frei est très positive.

Le 21 décembre, nous ponctionnons le bubon pour retirer 3 cc. de pus crémeux, verdâtre. Une I. D. R. est pratiquée avec le pus du bubon et donne une papule érythémateuse, infiltrée entourée d'une zone moins foncée à contours flous. L'I. D. R. au Dmelcos donne une tache érythémateuse sans papule.

Le malade est traité au Dmelcos. Il reçoit six injections et, finalement, est ponctionné (6 janvier 1932), nous retirons un pus épais, verdâtre, bien lié.

Le 7 janvier, le malade nous signale une ulcération de la verge : ulcération, dans le sillon balano-prénuptial, minuscule, à bords nets, circulaire, à fond suintant ; il

n'y a pas d'induration ; la palpation est douloureuse. L'examen ultramicroscopique se montre négatif, M. Sézary pense à une lésion herpétique.

La température oscille autour de 38°.

Le Dmelcos n'a donné aucun résultat, à l'extrémité externe de la masse ganglionnaire, une petite fistule laisse sourdre une sérosité jaunâtre. Et le mois s'écoule, l'affection restant dans cet état.

Le 3 février, traitement par le Stibyal, partant de 0 gr. 02 et augmentant à chaque injection de 0 gr. 01 par dose, jusqu'à 0 gr. 06 (dose maxima), au rythme de deux injections par semaine. L'amélioration se manifeste assez tard, vers le 25 février, mais très nette. Après sept injections, l'affaissement de la masse ganglionnaire s'accroît, l'écoulement par la fistule se tarit, la température ne dépasse plus 37°5.

Le malade nous quitte le 15 mars, ayant reçu dix injections en un mois. Dose totale de 0 gr. 32.

A signaler, quelques courbatures légères après les injections de Stibyal.

OBSERVATION II. — Docteur Guy FUMAT

P. T., vingt-trois ans.

Chancre le 26 novembre 1931, quinze jours après le dernier rapport.

Entre le 3 décembre 1931. Présente une adénopathie inguinale droite marquée.

On traite le malade au Dmelcos.

Le 15 janvier 1932, une corde ganglionnaire, dure, indolore, subsiste à droite, la même chose se trouve à gauche.

Le 8 février, on commence une série d'injections de Crisalbine (doses de 0 gr. 15) échelonnées jusqu'au 11 mars.

Durant cette période, la masse gauche ganglionnaire s'est ramollié, puis la droite, à son tour, a présenté une fluctuation évidente.

L'I. D. R. au Frei, faite le 11 mars, est positive.

Le 15 mars, traitement au Stibyal. Partant de 0 gr. 02 nous montons de quatre en quatre jours à 0 gr. 03 puis 0 gr. 04 puis 0 gr. 06, dose maintenue encore quatre fois.

Dès la deuxième injection : amélioration nette. La fluctuation a persisté à gauche comme à droite, mais la peau devient moins tendue, pâlit et la douleur disparaît.

Le 20 mars, tout phénomène de fluctuation a disparu à droite, et la peau est normale.

L'amélioration se poursuit et, le 5 avril, nous ne trouvons plus à droite qu'un ganglion dur de la grosseur d'une amande. A cette date, même résultat à gauche.

Malgré quelques douleurs articulaires à l'épaule, au coude, apparues quelques heures après les injections, le malade quitte le service le 9 avril, on peut dire guéri, ayant seulement reçu huit injections de Stibyal en un mois. Dose totale de 0 gr. 39.

OBSERVATION III. — Docteur Guy FUMAT

Femme E. M., vingt deux ans.

Entre le 5 décembre 1931.

Présente une ulcération de la vulve, siégeant sur la fourchette, à forme ovale, à bords et à fond réguliers : la base n'est pas infiltrée, la palpation est très douloureuse. Cette ulcération évolue depuis une huitaine de jours, elle est accompagnée d'une chaîne inguinale bilatérale de ganglions douloureux.

Aucun signe de la série secondaire. L'examen ultra-microscopique est négatif ; mais le B. W. dans le sang est positif.

La malade reçoit un traitement arséno-bismuthique et quitte le service le 14 janvier.

Le 27 janvier 1932 elle rentre à l'hôpital, se plaignant de ne pouvoir marcher, nous montrant trois ganglions inguinaux de chaque côté, légèrement douloureux, mobiles, rénitents.

A gauche, l'un des ganglions est plus gros et paraît enflammé, franchement douloureux, sans fluctuation. En plus, dans la fosse iliaque gauche nous trouvons une masse de la grosseur d'une noix.

L'ulcération à bords décollés, constatée en décembre 31, nous fait penser à la chancelle.

Mais plusieurs I. D. R. et cutiréactions au Dmelcos restent négatives.

L'I. D. R. de Frei, par contre, pratiquée dans le service de M. Ravaut, se montre positive.

Traitement par injections de Stibyal, qui sont bien supportées (0 gr. 01, 0 gr. 02, puis 0 gr. 02, 0 gr. 03, puis 0 gr. 03, à raison de deux piqûres par semaine).

Le 1^{er} février, la malade sort de l'hôpital, les ganglions ont fortement diminué de volume ; le ganglion inflammatoire de l'aîne gauche s'étant refroidi et ayant également diminué de volume.

Le 14 mars, la malade est de nouveau hospitalisée, car le ganglion de l'aîne gauche s'est enflammé à nouveau. Nous constatons même une petite ulcération ovale de 0 cm. 5 environ, dont le fond est recouvert d'une mince couche de pus jaunâtre.

Le nitrage ne répare rien. A ce moment, nous voyons encore, au pli inguinal droit, un gros ganglion rouge, nettement fluctuant. Le 16 mars, nous le ponctionnons, il en sort un liquide séro-sanguinolent.

Trois à quatre jours après, une petite fistule laisse sourdre un peu de pus.

Le traitement arséno-bismuthique est repris et, le 17 mars, est repris également le traitement stibié.

Le 25 mars, des deux côtés, les fistules laissent sourdre encore un peu de pus.

Mais le 8 avril, après trois injections à 0 gr. 03 et quatre à 0 gr. 04 de Stibyal : à droite, la fistule est complètement tarie ; à gauche, l'ulcération est sèche également.

Enfin, les paquets ganglionnaires ont fondu quand la malade nous quitte, le 12 avril.

Nous n'avons eu, dans ce cas, aucun signe d'intolérance à l'émétique de sodium. Dose totale de 0 gr. 11 et 0 gr. 25 à la seconde série.

OBSERVATION IV. — Docteur Guy FUMAT

W. P., vingt-six ans.

Entre le 19 novembre 1931. Malade présentant une adénopathie de l'aîne droite qui a débuté il y a un mois par deux ou trois petits ganglions gros comme des noisettes, et qui ont conflué pour devenir la masse actuelle du volume d'une mandarine. La peau est rouge, tendue, enflammée ; la tumeur est douloureuse à la palpation, rénitente, sans limites nettes, adhérente aux plans superficiels et paraissant aussi adhérer aux plans profonds.

A gauche, on sent une petite chaîne ganglionnaire.

Porte d'entrée ignorée.

Blennorragie dans les années précédentes.

Aucun signe de syphilis à l'heure actuelle. Le B.-W. dans le sang est négatif.

L'I. D. R. au Dmelcos est positive.

Le 22 novembre, punction du bubon ; on retire 3 cc. de pus bien lié, jaunâtre et gommeux, remplacés par une injection de 3 cc. d'eau peptonée.

Traitement au Dmelcos, chaque injection suivie de

crochets de température à 40°, 40°5. Le malade reçoit sept injections.

Le 14 décembre, il sort du service après rétrocession du bubon, c'est un ganglion juxta-crural de la grosseur d'une noisette, qui laisse suinter un liquide séreux en faible quantité.

Le 5 mars, le malade entre de nouveau à l'hôpital, la fistule a persisté.

Traitement au Stibyal. Le 14 avril, le malade a reçu douze injections (deux par semaine) ; la dose fut augmentée de 0 gr. 01 chaque fois jusqu'à 0 gr. 06 dose maxima. La dose totale a été de 0 gr. 57.

Nous avons observé quelques douleurs articulaires, survenant le lendemain des injections, ainsi qu'une crise de toux assez violente à la dernière. La température n'a semblé nullement réagir, restant voisine de 37°.

Nous n'avons malheureusement pas constaté le résultat de l'I. D. R. de Frei chez le malade, qui nous a quitté le 16 avril 1932 avec une fistule complètement tarie, la peau restant brune avec une légère induration dans l'aîne.

OBSERVATION V. — Docteur Guy FUMAT

D. R., vingt-sept ans.

Il y a trois semaines, petite ulcération du sillon balano-prénuptial, à gauche du frein, large de 2 millimètres, non douloureuse, ne suppurant pas. En même temps, dans l'aîne gauche apparaît une petite tumeur non douloureuse. A ce moment, B.-W. dans le sang négatif.

Huit jours après la découverte de cet accident, l'ulcération disparaît, mais la tumeur inguinale a augmenté de volume et devient douloureuse.

Entre le 9 mars 1932 ; présente une petite cicatrice violacée et surélevée à la place du chancre.

La tumeur siège sous l'arcade crurale, dans le tiers interne de l'aîne du volume d'une petite mandarine, recouverte d'une peau légèrement rouge, pas douloureuse spontanément.

A la palpation : consistance élastique et ramollissement léger au centre. La tumeur, à bords bien limités, repose sur une base fixe, adhérent aux plans profonds, douloureuse surtout au bord supérieur où la masse paraît se prolonger avec quelques masses ganglionnaires iliaques.

Rien à l'aîne droite.

Aucun signe de syphilis.

Le 15 mars, ponction du bubon, 5 cc. de pus sont retirés.

Le 26 mars, traitement au Stibyal ; on injecte dans les veines 0 gr. 01.

Le lendemain, température à 38°4, mais elle retombe le surlendemain à 37°2 et jusqu'à la fin du traitement elle reste voisine de 37° 5.

Le 29, l'I. D. R., au Frei est positive aux deux antigènes.

Les injections sont continuées deux fois par semaine, augmentant chaque fois la dose de 0 gr. 01 ; les deux dernières seulement furent de 0 gr. 06. Dose totale de 0 gr. 38.

La dixième et dernière pratiquée le 3 mai. L'état du malade est nettement amélioré, le progrès s'étant fait sentir dès le 8 avril.

Sort du service le 10 mai 32.

OBSERVATION VI. — Docteur Guy FUMAT

A., trente quatre ans.

Le 7 janvier 1932, en enlevant son bandage herniaire le malade a constaté une petite tumeur au-dessous de sa hernie.

Ayant consulté à Lariboisière, des compresses chaudes

et le repos prescrits n'eurent aucune influence sur la tumeur, qui a grossi, est devenue plus douloureuse et s'est ramollie. Blénnorrhagie en 1923.

Entre le 24 janvier : tumeur siégant dans l'aîne droite, à cheval sur la partie moyenne de l'arcade crurale, du volume d'une petite orange, indurée sur le pourtour, ramollie en son centre, douloureuse à la palpation.

Porte d'entrée inconnue.

Le 25 février, ponction du bubon, on retire un pus bien lié.

L'I. D. R. au Dmelcos est négative.

Le malade reçoit, néanmoins, six injections de Dmelcos, mais il montre une intolérance avec vomissements ; d'autre part, on ne relève aucune amélioration.

Le 9 mars, l'I. D. R. au Dmelcos est négative.

L'I. D. R. au Frei aux deux antigènes est positive.

Traitement par le Stibyal. Partant de 0 gr. 01, on répète tous les trois ou quatre jours l'injection en augmentant progressivement la dose de 0 gr. 01 chaque fois jusqu'à un maximum de 0 gr. 06 par injection.

Après quatorze injections (27 avril) et une dose totale de 0 gr. 64, nous n'enregistrons aucune amélioration très sensible.

Le 7 mai est entrepris le traitement aux sels d'or. Le 31 mai, après six injections de Crisalbine, l'échec de cette thérapeutique est encore constaté ; le malade quitte le service, nous ne l'avons pas revu depuis.

OBSERVATION VII. — Docteur Guy FUMAT

K., trente-sept ans.

Traité en ville sous la surveillance du service.

Début en octobre 1931 ; pas de chancre connu.

Adénopathie inguinale droite de la grosseur d'une noix. Plusieurs W. B. dans le sang ont été négatifs.

En fin décembre, ramollissement ; deux ponctions ramènent un peu de pus.

Nous voyons le malade en janvier 1932 ; il présente deux fistules suppurant, et une lymphite de la racine de la verge.

Au début de février : traitement par le Stibyal.

Dès le début, nous constatons une amélioration.

Le 10 mars, il n'y a plus de suppuration, et les fistules sont toutes les deux fermées.

Le malade a reçu une dose totale de 0 gr. 45, sans dépasser 0 gr. 05 par injection, à raison de trois injections par semaine (onze injections).

Revu au début de juin 1932, le malade nous montre une guérison complète de son affection se maintenant depuis plus de deux mois. Nous voyons de bonnes cicatrices avec deux ou trois petits ganglions inguinaux à droite, mobiles et indolores.

Nous n'avons constaté que quelques douleurs dans les deux épaules et les deux omoplates, qui ne sont survenues que dans les dernières injections, apparaissant au réveil et se dissipant deux heures après.

OBSERVATION VIII. — Docteur Guy FUMAT

G. R., trente deux ans.

L'affection, remontant à deux mois et demi environ, a débuté par de petites masses de la grosseur d'un grain de blé, situées dans les deux régions inguinales. Leur volume augmentant, un médecin consulté a institué un traitement mixte arseno-bismuthique, le malade présentant d'autre part, une petite ulcération du sillon balano-préputial. Aucun examen ultramicroscopique ou de sang

ne fut pratiqué et le traitement n'empêcha pas l'augmentation de volume de l'adénopathie.

Une incision du bubon de l'aîne droite fut alors pratiquée; après quinze jours de suppuration, le malade se sentit soulagé. Mais l'adénopathie située à gauche grossit à son tour.

Entre le 23 mai 1932.

A droite : cicatrice à la partie moyenne de l'arcade crurale.

A gauche : une tumeur allongée à la partie moyenne de l'arcade crurale, et qui lui est parallèle, de consistance ferme, ramollie en son centre ; la peau est enflammée.

Sur les membres inférieurs, éléments érythémateux.

L'I. D. R. au Dmelcos est négative.

L'I. D. R. au Frei est positive.

Le B. W. dans le sang est négatif.

Le 30 mai : traitement au Stibyal. Parti de 0 gr. 01 nous augmentons à chaque injection de 0 gr. 01 jusqu'à 0 gr. 06 (dose maxima. par injection) ; deux injections par semaine.

Le 10 juin, la masse ganglionnaire a considérablement diminué de volume.

Les injections sont continuées jusqu'au 30 juin, le malade nous quitte à cette date, l'amélioration a été remarquable. La réaction douloureuse ne s'est présentée qu'à l'avant-dernière injection (douleur dans l'épaule six heures après) ; la température est restée très voisine de 37°.

Série de douze injections et dose totale de 0 gr. 57.

OBSERVATION IX. — Docteur Guy FUMAT

D. J., quarante-six ans.

Depuis un mois environ, adénopathie inguinale gauche,

ayant apparu huit jours après une petite ulcération de la verge.

Entre le 6 juin 1932.

Avec une masse ganglionnaire dans l'aîne gauche, du volume d'un œuf, non adhérente aux plans profonds, sans fluctuation, non douloureuse à la pression, mais gênant la marche.

B. W. dans le sang négatif.

L'I. D. R. au Frei n'est pas pratiquée.

Sort le 7 juillet 1932, sans amélioration sensible, après avoir reçu neuf injections de Stibyal. les trois dernières à 0 gr. 06 (dose totale : 0 gr. 33).

Notons que, dans ce cas peu favorable, l'I. D. R. au Frei ne fut pas pratiquée.

OBSERVATION X. — Docteur Guy FUMAT

C. A., vingt-sept ans.

Ulcération du sillon balano-préputial en mai 1932 ; douze jours après est apparue une addénopathie inguinale droite.

Entre le 17 juin 1932.

Avec une masse ganglionnaire située le long de l'arcade crurale, peu douloureuse, ne semblant pas adhérer aux plans profonds.

A gauche, on ne trouve rien.

Le B. W dans le sang est négatif.

L'I. D. R. au Dmelcos est négative.

L'I. D. R. au Frei est faiblement positive.

Le 22 juin : première injection de Stibyal (0 gr. 01).

Le 7 juillet, la diminution de volume de la masse ganglionnaire est sensible.

Le 25 juillet, après onze injections (0 gr. 06, dose maxima et 0 gr. 51 dose totale), sans réaction douloureuse au trai-

tément ni température ayant dépassé 37°6, le malade sort du service, étant très amélioré.

OBSERVATION XI. — Docteur Guy Fumat

B. L., vingt-deux ans.

Entre le 15 juin 1932.

Présente sur le prépuce une cicatrice de chancre qui serait apparue un mois après le dernier rapport, et une adénopathie inguinale gauche datant d'un mois. La peau est rouge, tendue ; la tumeur est plus grosse qu'un œuf, paraissant adhérer aux plans profonds.

Dans l'aîne droite : petits ganglions, durs, sans périadénite.

Le B. W dans le sang est négatif.

L'I. D. R. au Frei est nettement positive (17 juin).

L'I. D. R. au Dmelcos est négative.

Traitement au Stibyal : partant de 0 gr. 02.

Dès la troisième injection (de 0 gr. 04), l'inflammation du bubon a disparu.

On continue les injections à 0 gr. 06 et espacées tous les trois ou quatre jours.

Le 26 juin, le bubon a été ponctionné.

Le 7 juillet, il laisse filtrer un peu de sérosité.

Le 25 juillet, le malade nous quitte. Il a reçu douze injections de Stibyal (dont l'avant-dernière à 0 gr. 07 et la dernière à 0 gr. 08), dose totale de 0 gr. 66 ; pas de grosse amélioration : le bubon n'a pas diminué de volume, mais sa sécrétion est tarie.

Pas de température au cours du traitement ; quelques douleurs articulaires, légères, ont suivi les cinq premières injections.

OBSERVATION XII. — Docteur Guy FUMAT

M. E., vingt-huit ans.

Il y a trois semaines une petite tumeur a débuté dans la région inguinale gauche et a grossi rapidement. Le malade n'a point vu de chancre. Il y a huit ans, chancre syphilitique, malade traité un an au novarsénobenzol, un an au bismuth.

Entre le 1^{er} juin 1932. -

Végétations du gland. Adénopathie inguinale gauche, ovale, parallèle à l'arcade crurale, douloureuse à la palpation, de consistance dure, sans zone de fluctuation ; elle paraît mobile sur les plans profonds.

A droite, un petit ganglion sur l'arcade crurale.

Le 5 juin, l'I. D. R. au Dmelcos est négative.

L'I. D. R. au Frei est positive.

Traitement au Stibyal (13 juin), en même temps : traitement mixte arséno-bismuthique.

Les injections de Stibyal sont bien supportées, pas de toux, pas de douleurs ; température restant voisine de 37°

Le 6 juillet, le malade a reçu neuf injections (0 gr. 06 dose maxima par injection). La masse ganglionnaire, qui jusqu'alors avait diminué de volume, semble rester à présent à l'état stationnaire.

Le malade nous quitte dans cet état, le 30 juillet, après treize injections de tartrate d'antimoine et de sodium (0 gr. 39, dose totale reçue).

OBSERVATION XIII. — Docteur Guy FUMAT

M. C., soixante-deux ans.

Entre le 9 août 1932.

Adénopathie inguinale gauche, apparue il y a cinq mois ; masse du volume d'un œuf, dure, sans caractère d'inflammation, mais gênant la marche.

L'I. D. R. au Frei est positive.

Sort le 1^{er} septembre, ayant reçu six injections de Stibyal, dont trois à 0 gr. 05 (0 gr. 24, dose totale).

L'adénopathie est en bonne très voie de régression ; la masse est restée de consistance dure et est à présent du volume d'un œuf de pigeon.

OBSERVATION XIV. — Docteur Guy FUMAT

D. A., trente et un ans.

Entre le 22 août 1932.

Adénopathie inguinale droite, occupant l'extrémité interne de l'arcade crurale, et dont le début remonte au 10 août.

Masse de la grosseur d'une pomme, adhérente aux plans profonds, douloureuse, de consistance dure. Bon état général.

L'I. D. R. au Frei est positive.

Le malade nous quitte dès le 3 septembre 1932, s'étant trouvé considérablement amélioré.

Il n'a reçu que quatre injections de Stibyal : 0 gr. 01 puis successivement : 0 gr. 02, 0 gr. 03 et 0 gr. 04.

OBSERVATION XV. — Docteur Guy FUMAT

R. S., vingt et un ans.

Le 14 septembre 1932 a présenté un chancre du sillon balano-préputial gros comme une lentille, indolent, entouré d'une zone rouge, recouvert d'un enduit purulent.

Entre le 15 septembre : nous constatons, aussi un gros ganglion dans l'aîne gauche, qui gêne la marche du malade.

L'examen ultramicroscopique ne révèle rien. Le 17, l'ulcération n'est plus recouverte de pus, elle est moins profonde, mais nous voyons trois autres petites ulcérations.

Le 19, ces ulcérations supplémentaires ont disparu, mais le ganglion a grossi rapidement (7 centimètre de long sur 5 centimètres de large) il est douloureux, dur. L'ulcération est de moins en moins creusée.

Le B. W. dans le sang est négatif.

Le 21, l'œdème qui entourait le bubon diminue, mais la peau sur le ganglion a rougi.

L'I. D. R. est une cutiréaction au Dmelcos sont négatives.

L'I. D. R. au Frei est positive.

Les jours suivants, ramollissement du bubon, température à 38°, amaigrissement du sujet. Chaque jour une ampoule de septicémie est injectée. Le 2 octobre ; cordon de lymphangite sur la face dorsale de la verge, rejoignant le bubon.

Le 4 octobre : fluctuation évidente de la masse ganglionnaire ; on retire par ponction un pus épais, le malade est soulagé.

Traitement au Stibyal.

Le 10, l'évacuation purulente se fait spontanément douze heures après une seconde ponction.

Le 15, L'I. D. R. au Dmelcos est toujours négative, l'I. D. R. au Frei toujours positive. Le B. W. dans le sang est négatif.

Le 18, on exprime une sérosité sanglante du bubon, qui n'est plus enflammé ni douloureux.

A la place du chancre : cicatrice à base indurée.

Le 2 novembre, après neuf injections de Stibyal, le bubon semble augmenter de volume à nouveau, il est

adhèrent aux plans profonds ; pas de ganglions dans la fosse iliaque.

En tout cas ; aucun signe d'intolérance à l'antimoine.

Le 12 novembre, le bubon est une masse empâtée, non fluctuante, s'étendant au-dessus de l'arcade crurale, après douze injections de Stibyal (dose totale de 0 gr. 54) nous sommes obligés de constater un résultat peu favorable.

Le 8 décembre, le malade quitte le service après un essai de traitement par le sulfate de cuivre intraveineux, et quelques séances de radiothérapie, qui n'ont abouti qu'à une suppuration intense.

OBSERVATION XVI. — Docteur Guy FUMAT

G. A., dix-neuf ans.

Six jours après le dernier rapport, chancre sur le frein ; une dizaine de jours après cet accident, un bubon se présente dans l'aîne droite.

Entre le 26 octobre 1932 : chancre en voie de cicatrisation, sans caractères nets. Bubon du volume d'un œuf de forme arrondie, légèrement rosé, donnant des élancements au malade ; il siège à la moitié interne et à cheval sur l'arcade crurale, de consistance rénitente, sans zone de ramollissement, et semble mobile sur les plans profonds.

A gauche, il existe aussi un bubon, moins gros et plus douloureux à la palpation que celui de droite. Dans la fosse iliaque, on a la sensation d'un empâtement diffus, le bubon adhère aux plans profonds.

L'I. D. R. au Dmelcos est négative.

L'I. D. R. au Frei est positive.

Traitement par le Stibyal (7 novembre) ; partant de 0 gr. 01 pour atteindre la dose de 0 gr. 04.

Le 9 décembre, le malade a reçu neuf injections dont quatre à 0 gr. 04 (dose totale 0 gr. 30), sans réactions dou-

loureuses excepté une légère douleur à l'épaule et un crochet de température à 37°8 à la quatrième injection.

Il sort du service après une amélioration évidente de ses deux bubons, qui n'atteignent plus le volume d'une petite noix.

OBSERVATION XVII. — Docteur Guy FUMAT

M. M., trente ans.

Le 1^{er} mai est apparue une petite adénopathie non douloureuse dans la région inguinale droite. Porte d'entrée ignorée.

Il y a dix ans : chancre mou.

Entre le 25 mai 1932 : tumeur à cheval sur la partie moyenne de l'arcade crurale, parallèle à elle, de consistance dure, sans zone de ramollissement non douloureuse à la pression, adhérente aux plans profonds. Quelques ganglions superficiels bilatéraux.

L'I. D. R. au Dmelcos est négative.

L'I. D. R. au Frei est positive.

Le 30, traitement au Stibyal.

Le 6 juin, la température se met à osciller entre 38° et 39°, bien que le malade supporte bien ses injections.

Le 10, après cinq injections, l'adénopathie a grossi, est devenue douloureuse, présente une zone de ramollissement, la peau est tendue et rouge.

Le 19, la température est retombée aux environs de 37°, quelques gouttes de pus ont été retirées par ponction le 15. L'amélioration est survenue, diminution de volume de la masse ganglionnaire, qui n'est plus douloureuse.

Le 7 juillet, après douze injections de Stibyal, la température se remet à osciller autour de 39° ; le bubon grossit de nouveau, dur, adhérent aux plans profonds.

Injections alternées de Crisalbine et de Vaccin anti-

pyogène (1/4 de cc.) ; le 13, ouverture spontanée du bubon, l'état s'améliore, la température reste au-dessous de 38°.

Du 10 au 28 août : six injections de Stibyal.

Après avoir reçu une dose totale, pour les deux séries, de 0 gr. 83 de Stibyal, le malade sort de l'hôpital après une amélioration insensible. Hospitalisé plus tard, le même échec est enregistré avec un traitement au cuivre colloïdal et des séances de radiothérapie.

OBSERVATION XVIII. — Docteur Guy FUMAT

M. F., vingt-neuf ans.

Il y a cinq semaines, des petits ganglions sont apparus dans les deux aines. Quinze jours après la douleur fait consulter le malade à Cochin, où quatre injections de Dmelcos amènent une amélioration passagère. En effet, sept jours plus tard, les deux masses ganglionnaires augmentent à nouveau de volume, celle de droite particulièrement.

Entre le 7 novembre 1932.

Nous apprenons aussi qu'en 1924, une poussée analogue s'est produite à la suite d'une blennorragie.

Adénopathie dans les deux régions inguinales, celle de droite étant plus volumineuse, de la grosseur d'un œuf, peu douloureuse, semblant mobile et non suppurée.

Quatre I. D. R. au Dmelcos et quatre I. D. R. au Frei restent négatives.

Traitement au Stibyal. Partant le 19 novembre de 0 gr. 01 pour arriver, le jour du départ du malade (15 décembre), à 0 gr. 06 dose de la sixième et dernière injection.

Les masses ganglionnaires ont considérablement diminué de volume des deux cotés, surtout la masse de droite ; et le malade reprend son travail, qu'il avait dû abandonner avant même son séjour à Cochin.

OBSERVATION XIX. — Marcel PINARD et Albert Fiehrer.

(*Bull. Dermat. Syphil.* Séance du 8 décembre 1932)

M^{lle} Françoise Nic., entre à la salle du Castel le 4 novembre 1932. Elle est envoyée par le service de M. le professeur Mathieu où elle avait été soignée pour une fausse couche de 3 mois (curetage).

Vers la fin septembre 1932, après le curetage, se font des pertes muco-glaireuses par l'anus avec irritation anale.

On constate alors une ulcération du canal anal de la dimension d'une pièce de deux francs en feuillet de livre, à bords découpés, décollés, irréguliers, très douloureuse au contact, à fond bourgeonnant et saignant abondamment.

Au pli de l'aine droite, apparaît en même temps une tuméfaction douloureuse, rouge, fusiforme du volume d'une grosse noix. La peau est chaude ; adhérente à la tuméfaction qui est mobile sur le plan profond. On perçoit une zone fluctuante au sommet de la tuméfaction.

En somme : aspect du chancre mou anal et du bubon inguinal droit suppuré.

On pratique le 20 octobre 1932 une intra-dermo-réaction au Dmelcos : elle est négative. La recherche du bacille de Ducrey et une autre inoculation sont également négatives. Absence de tréponème dans l'ulcération anale. Les réactions de Hecht, B. W., Kahn sont négatives. Une I. D. R. de Frei est douteuse (+).

Après anesthésie générale on dilate le sphincter anal et l'on cautérise l'ulcération après prélèvement d'une partie du bistouri. Curetage du pli de l'aine droite : on s'aperçoit que les ganglions sont intacts et que la lésion inflammatoire siège à l'hypoderme. Le malade entre dans le service :

A l'entrée on peut noter (4 novembre 1932) que l'ulcération est déjà améliorée, presque indolore, elle a changé

d'aspect elle est d'allure torpide, atone, sans bourgeon, aux bords peu nets, avec à sa surface un enduit muqueux, ses dimensions sont celles d'une pièce de un franc. Rien de spécial au toucher rectal.

A l'aîne droite existe une orifice fistuleux de la dimension d'une grosse lentille, aux bords adhérent à la profondeur. L'exploration au stylet montre un petit trajet d'un demi centimètre environ. Tout autour de l'orifice, le derme est adhérent à la peau violacée. Au niveau du pli inguinal un petit ganglion gros comme une noisette, allongé en fuseau, est perceptible ; il est indolore, sans péri-adénite, on sent également un petit ganglion iliaqué.

A gauche enfin, un ganglion inguinal de situation et de dimension analogues au droit.

Le reste de l'examen clinique est négatif.

Aucune trace de lésion pulmonaire à la radiologie. Le 7 novembre, les réactions de Hecht, B. W., Desmoulières, Calmette-Massol, Meinike, Kahn, sont négatives. Vernes a 6. Le 22 novembre la réaction de Hecht, B. D. sont négatives. Le Kahn est douteux, le Vernes résorcine est positif à 46. Une hémoculture sur milieu de Loewenstein a été faite le 26 novembre 1932.

Une gono-réaction est négative et l'on doit ajouter que plusieurs examens du mucopus de l'ulcération anale de même que du mucus du col utérin n'ont pu déceler la présence des gonocoques.

Une nouvelle I. D. R. au Dmelcos est négative le 12 novembre. Démuni d'antigène de Frei frais, on fait alors toute une série de I. D. R. de Frei le 5 novembre 1932 dans le service du Dr Chevallier que nous remercions vivement de son obligeance, on pratique trois réactions à la cuisse gauche(Antigène Boulay, Kystner et Lapin).

Le 13 novembre, c'est-à-dire huit jours après, les réactions bien suivies tous les jours n'ont rien donné.

Le 14 novembre, on pratique deux nouvelles réactions

à la cuisse droite (antigène n° 403 et 585 du Dr Levaditi) qui a bien voulu nous confier plusieurs de ses antigènes éprouvés).

Le troisième jour, 17 novembre, les I. D. R. sont positives (++).

Le 18 novembre, l'antigène Boulay est fortement positif (+++).

L'antigène fait le 20 octobre au bras droit n'a rien donné à ce moment. L'examen anatomo-pathologique des nodules hypodermiques a montré une structure lymphoïde avec prédominance de Plasmazellen, de plages claires et des micro-abcès.

En résumé : ulcération anale, nodules hypodermiques inguinaux et I. D. R. de Frei positive semblent montrer que l'on a à faire à une forme cutanée de la maladie de Nicolas et Favre venant se ranger à côté du cas décrit dans la précédente séance par M. Paul Chevallier.

La positivité de l'antigène Boulay après celle de l'antigène 403-585 fait postérieurement peut faire discuter soit une réaction de Frei retardée soit une réaction réactivée par l'antigène 403-585.

Le traitement a consisté en six injections intraveineuses de Stibyal (0,01 — 0,03 centigramme) et en injections locales de glycérine stérile.

La malade sort du service le 30 novembre très améliorée ; son ulcération anale toujours torpide est très réduite (lentille) les ganglions sont à peine perceptibles, l'orifice fistuleux est fermé.

CRYSOTHÉRAPIE

OBSERVATION I. — LÉPINAY et GREVIN

Marx Médical, 1931

S. A., 43 ans, grec, entre à l'hôpital le 9 décembre 1930

pour une volumineuse adénite inguinale apparue, d'après la déclaration du malade, depuis une vingtaine de jours.

A l'examen génital, on trouve sur le bord préputial une petite érosion non indurée d'aspect herpétique, en voie de cicatrisation et un léger suintement urétal.

A l'interrogatoire, la malade déclare qu'il a été atteint de plusieurs blennorragies et de rhumatismes gonococciques, mais à aucun moment il n'a présenté d'accidents chancrelleux ou syphilitiques.

Les examens de prélèvements faits au niveau de l'érosion et du méat ne révèlent rien qu'une flore banale.

La séro-réaction est négative.

I. D. R. au Dmelcos est négative. Température : quelques accès fébriles ne dépassant jamais 38°.

Bien que les caractères cliniques de l'adénite et l'existence d'un micro-chancr ne laissent aucun doute sur le diagnostic de lymphogranulomatose bénigne, étant donné le genre de vie du malade en milieu indigène, ses antécédents douteux et le peu de précision de ceux-ci, on institue un traitement anti-syphilitique d'épreuve par l'arsenic et le bismuth. Celui-ci ne donne aucun résultat ; la séro-réaction reste négative après les premières injections ; les masses inguinales augmentent et s'étendent de part et d'autre du pli inguinal. Bientôt apparaissent des ganglions dans la fosse iliaque.

Le diagnostic de la maladie de Nicolas et Favre s'impose.

Le malade est mis en janvier à la Formine-iode ; il reçoit vingt injections de 8 cc. sans présenter aucune amélioration.

Des sels de cuivre ne donnent pas plus de résultat.

Le 9 février, quelques ganglions sont ramollis ; un abcès ganglionnaire se forme à la base du triangle de Scarpa. Le prélèvement du pus par ponction ne montre qu'une polynucléose assez forte avec de larges cellules épithéliales.

D'autres ganglions se ramollissent encore et deux d'entre eux s'ouvrent et se fistulisent.

Devant ces échecs thérapeutiques et l'aggravation des manifestations, devait-on recourir à la radiothérapie ou à l'exérèse chirurgicale ? Nous n'étions pas très favorables étant donné la médiocrité des résultats obtenus dans des cas semblables : la généralisation ganglionnaire se prêtait mal à une intervention chirurgicale ; d'autre part, la radiothérapie n'aurait fait qu'accentuer les ramollissements des ganglions, l'évolution vers la suppuration et la fistulisation.

C'est alors que nous instituons un traitement par les sels d'or.

Du 11 février au 23 mars, le malade reçut 8 injections intra-musculaires de thiopropanol sulfonate double d'or et de sodium aux doses de 5, 10, 15, 20, 25, 25, 25 et 25 centigrammes.

Entre temps, des ponctions étaient pratiquées pour vider le contenu des ganglions ramollis ou en voie d'ouverture.

Le 23 février, après les deux premières injections, la masse ganglionnaires avait déjà diminué considérablement ; les ganglions ramollis s'étaient complètement affaissés ; la fosse iliaque se libérait et de façon indéniable les sels d'or avaient arrêté l'évolution de la maladie.

L'amélioration continua.

L'état du malade lui permettait de quitter l'hôpital le 24 mars. Il ne restait plus à ce moment que des indurations cicatricielles de la région inguinale ; le trajet fistuleux s'était fermé ; on ne trouvait pas de ganglions perceptibles dans la fosse iliaque.

Il pouvait bientôt reprendre son travail de maçon.

Nous l'avons revu en avril. la guérison était complète, la région inguinale était souple et ne conservait qu'une pigmentation en divers points.

Par précaution, nous conseillons au malade de se faire à nouveau un traitement chrysothérapique.

OBSERVATION 2

M. C., 18 ans, mécanicien, est envoyé à l'hôpital le 2 juin 1931, par le Dr Couping, avec le diagnostic de « Lympho-granulomatose inguinale » apparue depuis 15 à 20 jours.

Antécédents : aucun accident vénérien ; la malade aurait eu seulement quelques semaines auparavant, des végétations qu'on aurait fait disparaître au thermocautère.

Antécédents héréditaires : Parents vivants et bien portants. Quatre frères et trois sœurs en parfaite santé.

A son arrivée, le malade présente des ganglions inguinaux bilatéraux mais seule la fosse iliaque gauche est envahie. La température est 38° les premiers jours, cède rapidement.

Malgré le repos au lit et l'application d'une vessie de glace, les ganglions augmentent le malade présente bientôt une forte réaction inflammatoire et de la péri-adénite ; les ganglions inguinaux gauches tendent à se ramollir et à s'ouvrir, ouverture que l'on évite par une ponction, qui ne donne qu'un liquide hémato-purulent dans lequel l'examen révèle uniquement la présence de polynucléaires, de mononucléaires et d'hématies.

Examens pratiqués :

I. D. R. au Dmelcos : négatif. Séro-réaction : id.

Vernes résorcine : 67.

Formule sanguine : numération globulaire G. R. 4.560.000, G. B. 2.800.

Formule leucocytaire.

Polynucléaire ; Neutro-fils 79 %, Bassofils 0, Eosinofils 0, Monocléaire ; gr. mono 9,5 ; lymphocyte 11,5.

Une radioscopie et une radiographie des poumons ne

montrent que des ombres hilaires avec quelques points de calcification mais aucune opacité localisée.

Cliniquement, après avoir pensé, pour l'éliminer à la possibilité d'une adénite tuberculeuse, nous gardons le diagnostic de lymphogranulomatose bénigne.

Devant le succès obtenu, chez le malade d'observation n° 1, nous décidons d'essayer à nouveau chez lui la chrysothérapie et le malade reçoit le 5 juin sa première injection intra-musculaire de sels d'or, puis successivement chaque semaine 10, 15, 20 et 25 centigrammes.

Dès la 2^e injection, le malade accuse une amélioration très nette ; la péri-adénite inflammatoire diminue, les ganglions s'affaissent ; il n'y a plus tendance à la suppuration, la fosse iliaque commence à se libérer. Le malade peut sortir le 23 juin, vingt jours après son entrée à l'hôpital et après avoir reçu trois injections.

Il revient chaque semaine suivre son traitement. Le 25 juillet, il ne présente plus qu'une légère induration, avec pigmentation de deux régions inguinales et quelques petits ganglions. Les ganglions de la fosse iliaque ont complètement disparu, l'état général est excellent et le malade peut reprendre ses occupations.

(SULFATE DE CUIVRE AMMONIACAL)

OBSERVATION (MM. Paul CARNOT et FROMENT)

Il s'agit d'un alsacien de Colmar âgé de 25 ans, vigoureux, entré le 27 janvier 1923 à l'hôpital Beaujon pour une tuméfaction inguinale bilatérale et indolente. Cette tuméfaction s'est développée, aux dires du malade, après une chute sur la région inguinale gauche survenue le 11 décembre 1922 ; elle s'est produite rapidement et s'est

accompagnée à ce moment d'augmentation du volume du testicule gauche, aucune infection génitale antérieure : pas d'écoulement, pas d'ulcération sur la verge. Ces accidents locaux se sont accompagnés d'un léger état fébrile (38°-38°5) de fatigue générale et ont nécessité l'alitement pendant une dizaine de jours environ. Mais ce n'est que le 27 janvier, six semaines après le début que le malade demande son hospitalisation.

A l'examen le malade présente, à cette date, au niveau de chaque région inguinale, une tuméfaction plus volumineuse à droite que à gauche, constituée par la coalescence des ganglions très volumineux et de dimensions inégales, variant de celle d'une noix à celle d'un œuf et plus ou moins fusionné. Dans l'ensemble cette tuméfaction s'étend peu vers le bas au-delà du pli de l'aîne ; au contraire en haut du côté gauche notamment elle peut être perçue profondément dans toute la partie externe de la fosse iliaque. La consistance est dure sauf en un point très limité de la partie externe de la masse inguinale gauche où sur l'étendue d'une pièce de un franc environ la fluctuation est nette. Aucune lésion génitale visible, aucune cicatrice. Le malade dit qu'il n'a eu du côté de la verge aucune ulcération même légère. Rien du côté de l'anüs ; rien du côté des membres inférieurs.

L'examen n'a permis de constater aucune tuméfaction ganglionnaire sur un autre territoire : ni à l'aisselle, ni au cou, on ne constate de ganglions volumineux.

L'état général est satisfaisant, bien que la température oscille entre 37°5 et 38°. Le sujet est vigoureux ; il ne tousse pas, ne crache pas et ne présente aucun signe stéthoscopique.

L'examen du sang ne décèle qu'une légère leucocytose (11.000) avec polynucléose (85 %). La réaction de Wassermann est négative.

Une ponction au niveau de la zone ramollie retire un pus visqueux, aspiré difficilement par la seringue.

A l'examen direct on ne décèle aucun agent microbien : à l'état frais, aucune forme amibienne (examens répétés depuis plusieurs fois), par coloration sur lame, pas de bacille de Koch ; aucune forme microbienne colorable ; pas de bacille de Ducrey notamment. Les cultures sur bouillon ascite sont négatives. Comme dans les autres cas on ne trouve donc pas des germes pathogènes : il n'y a ni amibe ni bacille de Koch ni bacille de Ducrey ni bacille pesteux.

Un traitement par le chlorydrate d'émétine est institué ; le malade reçoit en une série, 0 gr. 90 de chlorydrate d'émétine en injections sous-cutanées quotidiennes. Aucune modification : les ganglions tendent à grossir, à devenir adhérents et la masse fluctuante est de plus en plus rapprochée des téguments.

Un deuxième traitement est alors institué par des injections locales, après ponction ganglionnaire aux points fluctuants, d'une solution : xylol, iodoforme, huile de paraffine ; on pratique ainsi douze ponctions en différents points (en particulier à droite ou presque simultanément deux zones nouvelles se sont ramollies), on retire chaque fois par la ponction de 2 à 5 cc. de pus et on injecte de 1 à 2 cc. de la solution xylolée.

Il semble au début se produire sous l'influence des ponctions ou des injections une légère régression, mais celle-ci ne dure pas : d'autres ganglions se prennent notamment dans la profondeur de la fosse iliaque : la tuméfaction cutanée grossit, rougit, se violace et devient de plus en plus fluctuante. A cette thérapeutique on substitue un troisième traitement par ingestion de liqueur de Lugol (liqueur iodo-iodurée) : deux à quatre cuillerées à soupe par jour pendant vingt jours. Aucun succès. Les adénopathies locales augmentent et au niveau des téguments se constituent de petites fistules internes entourées d'une zone rouge violette, qui laissent écouler un pus visqueux,

principalement lorsqu'on appuie sur les masses profondes et nécessitant le port d'un pansement en permanence. Vers la fin d'avril (quatre mois après le début par conséquent) il existe ainsi des petits pertuis. Une nouvelle adénite s'est constituée au niveau du triangle de Scarpa. Le processus infectant est donc en extension progressive et sans aucune tendance à la guérison spontanée; tout au contraire.

Le malade reçoit alors chaque jour quatre centigrammes de sulfate de cuivre ammoniacal en solution à 4 % et par voie intraveineuse (en raison de la causticité des injections sous cutanées).

Dès les premières injections le sujet sent une grosse amélioration : la tension diminue ; les masses ganglionnaires rétrocedent, la suppuration des pertuis diminuent et bientôt se tarissent.

A la dixième injection (dixième jour du traitement) les masses inguinales sont en grand partie résorbées, la suppuration est presque tarie. Le sujet veut quitter l'hôpital, bien qu'il présente encore au voisinage de l'épine iliaque gauche une tuméfaction peu ancienne du volume d'un œuf. Mais il revient tous les deux jours pour recevoir une injection. On lui fait encore six injections de sulfate de cuivre ammoniacal. La suppuration se tarit progressivement de façon complète, les pansements sont supprimés le 23 mai, toutes les fistules sont tariées. Les adénopathies sont progressivement disparues. Le sujet travaille sans gêne normalement.

Il revient dans le service trois mois après pour un ictère catarrhal, la cicatrisation des anciennes lésions est complète et à peine visible. Les adénopathies n'existent plus, l'état général continue à être excellent.

En résumé, après quatre mois d'un processus extensif suppuratif, après échec de l'émétine, du sylol, de la liqueur iodo-iodurée, la guérison a été obtenue très rapi-

dement en dix jours et dès les premières injections à l'aide des injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal. La consolidation de cette guérison a été obtenue par six nouvelles injections représentant au total 0 gr. 64 et le malade revu trois mois après était entièrement guéri.

ÉMÉTINE

OBSERVATION 4. — M. RAVAUT (*Ann. Dermat. Syphil.* 1924)

Dum., 33 ans.

Le 22 février 1921, Dum... entre à Broca parce que une adénopathie inguinale datant du 20 décembre a augmenté beaucoup de volume et semble vouloir suppurer. A ce moment, on contrôle dans l'aîne droite deux gros ganglions atteignant à eux deux le volume d'un œuf. On ne trouve pas de porte d'entrée, le malade ne s'est jamais aperçu d'une ulcération génitale. Malgré le repos et les compresses chaudes les tuméfactions inguinales augmentent de volume et présentent des signes de suppuration.

Le 15 mars 1921, l'incision donne issue à un pus séro-sanguinolent. Un Wassermann positif incite à faire un traitement anti-spécifique par le cyanure de mercure et le novarsénobenzol. Ce traitement n'a aucune influence sur les lésions inguinales ; la sécrétion n'est pas modifiée, le volume de la tuméfaction est resté le même. A l'aîne droite il y a une tumeur dure et adhérente à la peau du volume d'un œuf de pigeon. Au centre se trouve un orifice creux donnant issue continuellement à une sérosité jaune visqueuse.

Le 27 mai on commence un traitement par le chlorydrate d'émétine intra-musculaire à la dose de 8 centigrammes. Dès la deuxième injection il y a une améliora-

tion nette. La sécrétion est moins marquée, le volume et la sensibilité des ganglions diminuent.

Les injections d'abord pratiquées chaque fois dans le muscle, sont ensuite faites dans les veines.

Le dixième jour les ganglions de l'aîne droite ont diminué de deux tiers et ne sont plus douloureux, la sécrétion est presque nulle. Il reste néanmoins une fistule profonde de 3 à 4 millimètres, alors qu'au début elle avait une profondeur de 2 centimètres.

Les ganglions de l'aîne gauche sont à peine perceptible.

Le traitement par le chlorydrate d'émétine est continué à dose moindre (4 centigrammes par jour).

Le 18 juin l'écoulement est tari depuis trois jours, la fistule sèche forme un petit entonnoir en cul de poule. Il reste à droite un ganglion très dur avec péri-adénite fibreuse, le tout du volume d'une noix ; à gauche un ganglion dur, gros comme un noyau de cerise.

Toutes les inoculations sont restées négatives.

Le B. W. était positif mais une syphilis antérieure était vraisemblable.

Dans le pus examiné à l'état frais entre lame et lamelle, nous avons constaté la présence de formes amibiennes.

OBSERVATION 17. (Lej...)

Le 18 mars 1921, le malade rentre à l'hôpital pour une adénopathie inguinale bilatérale suppurée. L'infection a débuté en 1920 à la suite d'effort. Le malade constate dans l'aîne droite, l'apparition de ganglions très durs qui en quelques jours atteignent le volume d'un œuf. A ce moment il a un malaise général avec un peu de fièvre. Deux ou trois jours après, les ganglions de l'aîne gauche se prennent à leur tour et atteignent un volume comparable à celui du côté droit.

Le malade n'a remarqué aucune ulcération de la verge. Sa femme n'a rien présenté d'anormal et il ne s'est exposé à aucune contagion.

L'état des ganglions reste stationnaire pendant le mois de janvier ; à la fin de ce mois ils se ramollissent, se fistulisent puis au bout de quelques jours, la fistule se ferme.

Pendant le mois de janvier, les ganglions restent volumineux mais ne suppurent pas.

A son entrée on constate :

1^o à l'aîne droite, deux grosses adénopathies soudées profondément dont l'une adhère à la peau et s'ouvre par une fistule, d'où s'écoule une sérosité muco-purulente et visqueuse. La peau est rouge mais normale ;

2^o dans l'aîne gauche, une tuméfaction ganglionnaire du volume d'une grosse noix adhérente à la peau mais ne suppurant plus ; la peau rouge violacée est déprimée au niveau de l'ancienne fistule.

Du 18 mars au 28 mai on fait un traitement d'épreuve au cyanure de mercure, ne donnant aucun résultat.

Le 28 mai, l'état est le suivant : à droite, deux masses ganglionnaires du volume d'un œuf de pigeon chacun aboutissant à deux fistules par où s'écoule en exerçant une forte pression une sérosité muco-glaireuse.

A gauche, tuméfaction ganglionnaire du volume d'une grosse noix adhérente à la peau mais ne suppurant pas.

Le traitement par le chlorydrate d'émétine en injections intra-veineuses à dose variant entre 4 et 10 cc., est institué. La deuxième injection amène déjà une diminution du volume du ganglion et tarit les fistules.

Le 7 juin une forte pression ne permet plus d'exprimer des sérosités de ces ganglions.

Le 10 juin les ganglions sont à peine perceptibles. Le traitement est interrompu, le malade quitte l'hôpital, reprend son travail qui est pénible.

Le 17 juin, il revient à l'hôpital, les ganglions se sont

tuméfiés de nouveau surtout dans l'aine droite, les deux fistules se sont rouvertes, les douleurs réapparues. On reprend le traitement par l'émétine ; le 24 juin, l'écoulement est tari, les fistules fermées. Le 27 juin, les ganglions ne sont plus que des petits grains durs.

Tous les examens et inoculations sont négatifs.

OBSERVATION 13 (Ind...)

Le malade vient consulter à la fin d'avril 1921 pour une adénopathie suppurée de l'aine gauche.

En janvier 1921, cet homme qui a eu la syphilis en 1917 s'est depuis régulièrement traité, s'aperçoit qu'il a dans l'aine gauche une tuméfaction du volume d'une noix. Il n'a pas encore constaté d'écorchure sur la verge. Le malade se repose et la tuméfaction disparaît complètement. Vers le 25 mars, la tuméfaction réapparaît, s'enflamme, s'ouvre à la peau donnant issue à du pus et au bout de quelques jours a de la sérosité.

Lorsque nous l'examinons, il présente un ganglion du volume d'une petite noix communiquant avec la peau par un orifice très petit. La peau est de couleur ardoisée. Le traitement par le chlorydrate d'émétine est institué mais du 17 au 21 mai, le malade qui a continué à travailler, reçoit seulement six injections à dose insuffisante et trop espacées. La sécrétion est diminuée mais le résultat est médiocre.

Le 30 mai, le traitement est repris d'une façon plus régulière, 8 à 10 centigrammes chaque jour en injection intra-veineuse. Les deux premiers jours, on constate l'élimination par la fistule de matières glaireuses mêlées de sang.

Les ganglions de la suppuration diminuent mais très lentement, malgré un traitement local à l'émétine. C'est

seulement le 4 juillet que nous considérons le malade comme guéri.

Le 4 mai, l'inoculation sous-cutanée à un cobaye de 1/2 centimètre cube de sérosité louche a donné dans l'aine correspondante des petits ganglions qui ont persisté jusqu'au 28 mai et ont par la suite disparu.

Le pus examiné sur lame était constitué presque exclusivement de grands mono, dont certains étaient bourrés d'inclusion.

GLYCÉRINE

MM. Marcel PINARD et Paul ROBERT (*Bull. Dermat. Syphil.* 1931).

OBSERVATION 1 (B... José, 32 ans)

Le malade entre le 13 décembre pour un bubon siégeant dans l'aine droite formant une grosse masse de dimension d'un œuf de poule composée d'un gros ganglion entouré de plusieurs autres petits, soudés par la péri-adénite dure et douloureuse à la palpation comme aussi à la marche, mais peu douloureuse spontanément dans le décubitus.

Il a été précédé par l'apparition quinze jours plus tôt d'une ulcération siégeant à la face interne du prépuce du côté gauche à mi-distance du frein et de la ligne médiane, ulcération très superficielle, souple, indolente et laissant sourdre un peu de sérosité.

La recherche du bacille de Ducrey demeure négative. La I. D. R. au Dmelcos est négative. La recherche de la syphilis pratiquée systématiquement montre l'absence de tous signes de cette affection, sinon la fluctuation de la sérologie comme on voit après le Dmelcos et au cours de la maladie de Nicolas et Favre. Le malade avait reçu

du 15 décembre au 4 janvier des injections de Dmelcos de même qu'une série de Sulfarsenol.

Mais aucun résultat favorable intervient.

Au contraire, le bubon s'est ramolli. Rougeur et fluctuation montrent que le pus est collecté et font intervenir.

C'est au cours de cette intervention que les produits prélevés ont déterminé entre les mains de M. Levaditi, les lésions d'encéphalite chez les singes.

La plaie suppure pendant une dizaine de jours au bout desquels la suppuration fait place à un écoulement de sérosité qui persiste encore une quinzaine de jours. Après quoi, la plaie se ferme complètement.

Le malade est suivi depuis ce temps et il conserve toujours une pléiade ganglionnaire d'une demi-douzaine de ganglions durs et indolents, roulant sur le doigt dans l'aîne droite. De plus, il présentait au moins de février une petite érosion sur le prépuce au même endroit où siégeait le chancre primitif précédent, lésion qui a un aspect comparable à celui d'une vésicule d'herpès ouverte, cette lésion étant encore présente à la date du 14 avril.

Le 17 mars on lui fait une I. D. R. de Frei et le 20 on constate une réaction sous forme d'une palpule de dimension d'une lentille rouge et surélevée très nette depuis le 18 et qui est interprétée comme une réaction positive.

Le 14 avril, il reçoit une injection de glycérine de 2 cc. dans la masse ganglionnaire et huit jours plus tard une deuxième injection pratiquée de la même manière.

Ces deux injections ont hâté la diminution du volume de l'adénopathie qui était restée stationnaire depuis la sortie de ce malade de l'hôpital.

OBSERVATION 2 (Milon, 27 ans)

Le malade entre le 9 mars à l'hôpital pour un bubon de

l'aine gauche apparut dix jours auparavant sans que le malade ait remarqué aucune lésion de la verge.

La tumeur se présente comme un amas formé par un gros ganglion de dimension un peu inférieure à un œuf de poule, entouré de quatre ou cinq petits, noyés dans une masse de périadénite.

Elle est peu mobile, douloureuse, spontanément et à la mobilisation.

En regard, la peau est un peu rouge et chaude. Elle rougit encore dans les jours suivants, en même temps qu'apparaît la fluctuation et l'issue du pus paraît imminent.

L'intervention est pratiquée le 16 mars, donne issue à un pus jaunâtre, bien lié, inodore. Une injection *in situ* de glycérine est pratiquée.

La syphilis est écartée et l'absence de tous signes cliniques, de toute cicatrice de chancre, de l'anamnèse et des réactions sérologiques qui se montrent négatives (Hecht et Kahn).

La tuberculose, de même l'examen clinique révélant l'absence de tout signe de tuberculose ; un cliché radiographique des poumons est normal.

La chancrelle est écartée car il n'y a pas et n'y a pas eu de chancre mou. L'I. D. au Dmelcos est négative, par contre une I. D. R. est positive.

Après incision, on injecte tous les jours dans la plaie le contenu d'une ampoule de glycérine pendant six jours.

Du 1^{er} avril le suintement de sérosité est minime. Il existe un gros amas de ganglions durs, peu douloureux et l'on sent maintenant l'adénopathie iliaque qui prolonge l'adénopathie inguinale dans la profondeur au-dessous de l'arcade crurale.

Il y a une minime adénopathie de l'autre côté, de ganglions petits, mobiles, indolents.

Le 25 avril, le malade a repris son travail. Il ne se plaint

d'aucun phénomène douloureux. Il a seulement un petit saignement insignifiant par le pertuis de l'incision.

Il ne peut revenir au traitement malgré qu'on lui ait proposé quelques injections de glycérine.

OBSERVATION 3 (C... Georges, 28 ans)

Le malade entre le 24 avril pour une adénopathie inguinale bilatérale qui a débuté par des phénomènes douloureux locaux, au mois de février, d'abord à droite, puis à gauche deux jours plus tard. La tuméfaction ganglionnaire est restée stationnaire pendant environ six semaines pendant lesquelles il consulte en ville puis à l'hôpital Tenon où trois prises de sang furent faites.

La réaction de B. W. est toujours négative. La première fois en février, la deuxième fois quinze jours plus tard, la troisième fois un mois après et enfin une quatrième fois dans le service du Professeur Delbet où le malade entre avant de passer à notre service.

A son entrée, on constate l'existence de trois tuméfactions en voie d'abcédation, deux à droite, au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale, une à gauche où la tuméfaction est marquée, la peau rouge, chaude, peu douloureuse, à peine spontanément et un peu plus à la pression forte.

En chacune de ces trois zones, la fluctuation indique la collection du pus.

Il n'existe aucune trace ni aucune anamnétique de chancre.

Une incision peu étendue est pratiquée sur chacune de ces collections le 25 avril.

L'I. D. R. au Dmelcos, négative.

L'I. D. R. à l'antigène de ce même malade est positive.

Le malade reçoit une injection quotidienne de glycérine dans chacune de ces trois plaies.

Le 14 mai, les plaies ont bon aspect. Les suites opératoires ont été excellentes. Il y a un suintement de sérosité discret du côté droit où l'on sent mieux les différents paquets ganglionnaires.

A gauche, l'adénite a presque complètement disparu, le malade ne souffre pas du tout, se lève, marche.

OBSERVATION 4 (V... Jean, 34 ans)

Le malade entre le 12 avril pour bubon de l'aîne gauche où l'on sent effectivement une grosse masse constituée par plusieurs ganglions avec péri-adénite un peu douloureuse, surtout à la marche, à la fatigue, apparue depuis une quinzaine de jours et traitée depuis son début par l'application de pommades.

Le malade dit n'avoir jamais eu de chancre sur la verge et effectivement on ne constate aucune lésion.

Il a présenté seulement à son entrée à l'hôpital de la balanite qui était apparue la veille et qui a disparu le troisième jour.

Il n'a jamais eu la syphilis et la sérologie est négative comme l'enquête et l'examen clinique.

L'I. D. R. au Dmelcos est négative ; par contre l'I. D. R. de Frei est positive.

Le malade après incision est traité par les injections de glycérine.

Le 16 mai il ne présente plus aucune douleur. Il a seulement un suintement léger et le paquet ganglionnaire qui demeure accessible à la palpation.

OBSERVATION

MM. Marcel PINARD et Robert ANDRÉ (*Bull. D. Sy.*, 1932)

M. D... a contracté la syphilis en septembre 1931 (chancre, présence de tréponèmes à l'ultra-microscope) et est depuis régulièrement traité à l'hôpital Cochin.

Le 4 avril 1932 il vient nous montrer une érosion préputiale siégeant à la partie antérieure du sillon balano-préputial juste en arrière du filet. Cette lésion superficielle, indolente du diamètre d'un grain de millet sans suppuration ni induration rappelle en tous points l'élément d'herpès génital. Un examen de la sérosité après scarification, à l'ultra-microscope ne montre pas de tréponèmes. On essaie de faire un prélèvement pour la recherche du Ducrey mais on ne peut étaler que du sang.

Cette petite érosion génitale s'accompagne d'une adénopathie inguinale droite qui s'est très rapidement développée pour devenir très importante. Un ganglion superficiel est facilement palpé — il déforme la région — et est fixé entouré de péri-adénite. Il est dur, très peu douloureux, la peau à sa surface n'est pas rouge.

Dans la profondeur, rétro-cruraux, d'autres ganglions sont perçus, formant masse. Le malade est suivi jusqu'au début de mai, son état restant stationnaire, malgré le repos et les compresses chaudes.

Le 7 mai, I. D. au Dmelcos négative. I. D. R. de Frei à l'aide de l'antigène simien préparé par M. Levaditi (antigène de mars n° 523). La réaction lue sept jours après est très nettement positive (papule de 1 cm. 5 × 1 cm.). On décide de traiter le malade par les injections de glycérine intra-ganglionnaire.

La mise en place de l'aiguille dans les ganglions les plus superficiels amène l'écoulement de quelques gouttes de pus jaunâtre. L'examen du pus : pas de microbes déce-

lables par diverses colorations. On injecte 1 cc. de glycérine. L'injection est renouvelée la semaine suivante et chaque semaine. Après la deuxième injection, le malade se sent extrêmement soulagé et déclare ne souffrir plus du tout.

Par la suite on note la diminution progressive et rapide de l'induration, de la péri-adénite entourant la volumineuse masse superficielle.

Actuellement, après six semaines de traitement, l'amélioration est considérable. Il ne persiste plus du ganglion superficiel qu'une zone d'induration ovoïde, allongée parallèlement à l'arcade crurale.

Les adénopathies profondes ont diminué elles aussi, dans de très notables proportions. Signalons que notre malade a pris régulièrement de l'iodure de potassium depuis un mois.

TROIS OBSERVATIONS

de MM. G. PHOTINOS et A. RÉLIAS (d'Athènes)
(*Sté de Dermat. et de Syphil.* 8 mars 1934)

OBSERVATION I

Le nommé G. A. de P., n° 86.877, 22 ans, entre à la clinique le 18 janvier 1933 pour une adénite bilatérale de l'aîne.

A l'examen, nous constatons une tuméfaction de l'aîne gauche, constituée par plusieurs ganglions, formant un placard bosselé de la dimension d'un œuf de poule. La peau est rouge et il y a plusieurs points de suppurations.

A l'aîne droite, existe de même une tuméfaction ovulaire constituée par plusieurs ganglions qui sont réunis

par une péri-adénite ; la peau est plutôt rouge violacée.

Dans les fosses iliaques on constate la présence d'une autre adénite assez volumineuse, adhérente aux parties profondes.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

La recherche du bacille de Ducrey dans le pus du bubon est négative.

L'auto-inoculation du pus à la face externe du bras gauche demeure négative.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative, mais l'intradermo-réaction de Frei est positive.

OBSERVATION II

Le nommé H. J., de H., n° 79.748, 32 ans, entre à l'hôpital le 19 janvier 1933, pour une tuméfaction des ganglions de l'aîne gauche formant une masse de la dimension d'un œuf d'oie, un peu douloureuse à la palpation ; la peau est rouge.

On sent une tuméfaction de plusieurs ganglions dans la fosse iliaque gauche.

La réaction de Bordet-Wassermann et l'intradermo-réaction au Dmelcos sont négatives ; au contraire l'intradermo-réaction au Frei est fortement positive.

OBSERVATION III

Le nommé P. C., n° 63.878, 32 ans, entre à l'hôpital, le 11 septembre 1933 pour une tuméfaction ganglionnaire de l'aîne gauche, de la grosseur d'un petit œuf de poule.

La tuméfaction est bosselée, recouverte d'une peau rouge violacée et creusée d'une zone de ramollissement.

Dans la fosse iliaque gauche existent plusieurs ganglions tuméfiés du volume d'une noix.

Toutes les recherches de laboratoire et l'intradermo-réaction au Dmelcos sont négatives, sauf l'intradermo-réaction de Frei qui est fortement positive.

Dans ces trois cas les auteurs ont institué le traitement par la glycérine stérilisée :

- a) soit injection en pleine masse ganglionnaire,
- b) soit en aspirant le pus et en injectant ensuite de la glycérine.

Posologie

2 cc. tous les 4 à 6 jours, en ne dépassant pas la dose totale de 12 cc.

Résultats

Dès les premières injections, diminution de la suppuration et du volume des adénopathies. — Guérison complète au bout de plusieurs semaines et reprise du travail.

Les auteurs sont « d'avis que la glycérine dans le traitement de la maladie de Nicolas-Favre est une méthode à vulgariser ».

IODE

RAVAUT (*Ann. Dermat. Syphil.* 1924)

OBSERVATION 14 (Com...)

Entre le 14 septembre 1921, pour une adénite inguinale droite. L'adénite est apparue les premiers jours de septembre, d'abord à droite puis à gauche. Le malade a constaté à ce moment une petite ulcération préputiale à laquelle il n'attacha pas d'importance y étant sujet.

L'examen nous montre dans l'aîne droite, au-dessus de l'arcade et allongé parallèlement à elle une masse de

dimension d'un œuf, assez nettement délimitée, mobile sur le plan profond, non douloureuse ; à ce niveau la peau est normale. Du côté gauche, masse analogue, mais moins grosse et légèrement douloureuse.

Dans le sillon balano préputial, ulcération sans caractère grosse comme une lentille.

Le 15 septembre, malaise, céphalée, insomnie, sueurs, anorexie, langue saburrale, température à 39°, pouls 64, tension 12/9. Le foie mesure 16 centimètres sur la ligne mamellonnaire, 9 centimètres sur la ligne xyphoïdienne. Rate 14 et 10.

Les adénopathies ont augmenté de volume surtout par péri-adénite, elles sont douloureuses au palper. Le 16, température à 40°. Le 17, elle tombe à 38°5. Le 18 à 38°2. Le 19 elle remonte à 39°2.

Le 20 septembre, amélioration manifeste, la température revient à 38. La céphalée a disparu, l'appétit revenu.

Le 22 septembre, malgré la disparition des phénomènes généraux, persistance de l'hépatomégalie et splénomégalie.

Le 28 septembre, les ganglions reviennent à ce qu'ils étaient avant la poussée, le foie et la rate redeviennent normaux. Cette poussée a duré huit jours pour les phénomènes généraux, 16 pour les locaux.

Le 30 septembre, la température remonte par échelons rapides, le 4 octobre, elle atteint 39°7, en même temps que réapparaissent les mêmes troubles généraux, hépatomégalie, splénomégalie, péri-adénite douloureuse. Le malade est très abattu.

Le 4 octobre, on commence les injections par le LUGOL à doses progressives, jusqu'à 5 cc. intraveineuses. Dans la nuit du 4 au 5, la température tombe à 39°5, le 6 à 38°2, le 7 elle est à 36°6. En même temps la péri-adénite disparaît avec une extrême rapidité ; elle fond de jour en jour.

Le traitement est continué, les adénopathies diminuent lentement, progressivement.

Le 17 octobre, la masse inguinale droite apparaît scindée en deux petites masses chacune grosse comme une noisette ; du côté gauche, masse du même volume.

En raison de l'induration des veines, le traitement est suspendu. Le 31 octobre, nouvelle poussée légère, cette fois la température monte à 38°9, les ganglions commencent à se tuméfier. Le traitement est repris par voie buccale, deux à quatre cuillerées à café par jour de la solution de Lugol.

Très rapidement la température revient à la normale, les ganglions diminuent de nouveau. Le traitement est continué, les ganglions continuent à se rétracter lentement.

Le 11 novembre, l'adénite gauche est presque totalement disparue.

Il persiste à droite une noisette très dure, le foie et la rate sont normaux, l'état général est bon.

Toutes recherches négatives.

OBSERVATION 19 (Hams...)

Hams., 27 ans. Entre à Broca le 14 décembre 1921, pour une adénopathie inguinale bilatérale et une roséole.

Au début d'octobre, la malade constate une érosion superficielle au niveau de la fourchette, qui guérit en quelques jours et s'accompagne d'adénopathie inguinale droite.

Dans les premiers jours de novembre, apparaît un œdème des grands lèvres avec érosion légère à gauche. En une dizaine de jours environ, œdème et érosion disparaissent, mais les adénopathies inguinales s'endolorisent ; puis de

la dysphagie, de la céphalée surviennent, la roséole se dessine.

L'examen nous montre dans la région inguinale gauche une chaîne de ganglions allongés le long de l'arcade et plus profondément dans la fosse iliaque. Ils sont isolés du volume d'une amande de consistance élastique. Du côté droit au niveau de l'arcade la peau est rouge infiltrée épaissie, on sent une masse du volume d'un œuf filant dans la fosse iliaque de consistance inégale avec des géodes rénitentes, séparées par des zones plus fermes : péri-adénite nette, douleur légère à la pression. Au niveau de la fourchette ulcération d'apparence banale.

Sur les amygdales, plaques muqueuses, sur les téguments, roséole.

Foie 11-5. Rate 8-6. Température normale.

Le 14 décembre, le traitement par le Lugol est commencé, la dose de deux cuillerées à soupe par jour. L'amélioration est rapide et nette.

Le 27 décembre, il n'y a plus trace de fluctuation. La masse inguinale est réduite au volume d'une noix.

Le 31 décembre, il ne persiste plus que des petites masses très dures au niveau desquelles du côté droit la peau est demeurée adhérente, surtout aux points qui avaient été fluctuants.

Tous examens bactériologiques et inoculations négatifs, quant au lymphogranulome. Spirochète et B. W. positifs.

OBSERVATION 21 (Barthold)

Entre à Broca le 19 décembre 1921 pour une tuméfaction inguinale gauche.

L'affection a débuté il y a un mois par des frissons, des crampes dans les mollets et une fièvre légère. Le malade ressent à ce moment une légère douleur dans l'aîne gauche

et constate une tuméfaction qui augmente progressivement de volume pendant 15 jours. Depuis une dizaine de jours, la tuméfaction commence à diminuer spontanément. Le malade ne présente au début aucune écorchure ; aucune notion de contagé. On retrouve une petite cicatrice au niveau de la cuisse, reste d'une blessure survenue deux mois avant le début de l'affection.

A son entrée, nous trouvons dans l'aîne gauche une adénopathie siégeant au niveau de l'arcade du volume d'une bille, une autre en dedans des vaisseaux du volume d'une amande. Ces ganglions sont mobiles sur le plan profond et sous la peau, élastiques, indolores. Pas d'autre adénopathie.

Le foie mesure 13-7, la rate 9-5. Ni fièvre ni phénomènes généraux.

Le malade est mis au traitement : injections quotidiennes intra-veineuses de 5 cc. de Lugol le 21 décembre.

Dix jours après, état sensiblement le même, diminution cependant des ganglions qui ont encore grossi.

Tous examens négatifs. Formule sanguine : mononucléose nette.

SALICYLATE DE SOUDE

OBSERVATIONS (MM. Paul CHEVALIER et Albert FIEHRER)

Ph... Albert, 41 ans, mécanicien, est entré dans le service le 7 octobre 1933, pour une volumineuse adénopathie inguino-iliaque gauche douloureuse. Les intradermo-réactions de Frei faites avec des antigènes éprouvés sont nettement positives. Dmelcos négatif. Le malade est fatigué, fébrile (température autour de 38°). A l'examen du sang : globules rouges normaux, 5.280.000. Hémoglobine, 105. Valeur globulaire : 1 % d'hématies granulo-filamen-

teuses. Pas d'hématies nucléées. Plaquettes normales, 308.000. Globules blancs : 8.200. Granulocytes neutrophiles, 57. Eosinophiles, 2,5. Basophiles 0,5. Lymphocytes, 6. Monocytes, 34. Formule d'Arneth : 0,20, 42, 36, 2,0. Les réactions de Wassermann, Hecht et Kahn sont négatives. Quelques jours après son entrée, le malade se plaint de douleurs dans la hanche droite, on note alors une arthrite de la coxo-fémorale, avec radiographie négative, d'allure rhumatismale. On met le malade au salicylate de soude, 8 grammes per os : en trois jours les douleurs ont cessé, mais en même temps on constate une disparition des douleurs ganglionnaires et la régression des adénopathies est telle que l'on continue, d'ailleurs avec succès, la médication salicylée...

*Présentation de malade à la séance du 9 novembre 1933
de Dermat. Syphil.*

(P. CHEVALLIER et A. FIEHRER)

Les auteurs présentent un malade atteint de maladie de Nicolas-Favre, forme inguino-iliaque non suppurée avec Frei positif ; le salicylate de soude per os, à la dose de 8 grammes par jour, le malade étant au régime lacté, a amené rapidement la rétrocession complète des adénopathies. L'intra-dermo-réaction de Frei est encore positive.

Depuis cette date, les auteurs sont revenus sur la question et confirment leurs premiers résultats (séance du 14 décembre 1933. Société de dermatologie et de syphiligraphie).

OBSERVATIONS DE MM. TOURAINE et W. AUBRUN
(*Séance de Derm. et Syphil.*, 14 décembre 1933)

OBSERVATION I

E. D., âgé de 40 ans, entre dans le service le 4 février 1933, pour une volumineuse adénopathie inguinale bilatérale datant d'une douzaine de jours et sans porte d'entrée visible. Les réactions de Frei et de Wassermann, faites le même jour, sont négatives, celle au Dmelcos est douteuse. Ces résultats nous engagent à traiter le malade au Dmelcos, d'ailleurs sans résultat. Le 13 février, la réaction de Frei est devenue positive ; elle l'est encore le 27. A partir de ce moment l'état général se modifie, la fièvre s'élève progressivement à 39°. Le 10 mars, éclate une éruption d'érythème polymorphe, de type érythémato-papuleux. L'exanthème est intense, les signes généraux très marqués. Nous donnons du salicylate de soude à raison de 30 injections intraveineuses quotidiennes d'un gramme chacune et d'une ingestion simultanée de 6 grammes par jour.

Dès le début du traitement, la poradénite, qui était restée stationnaire jusque-là, fond rapidement et disparaît avant que le traitement salicylé soit terminé.

OBSERVATION II

M. Ham., 34 ans, est hospitalisé le 19 novembre pour une adénite inguinale droite datant de trois mois. Le bubon est volumineux, ovalaire, mesure 7 centimètres sur 5. Il est ramolli, fistulisé en un point, s'accompagne de péri-adénite et se prolonge par une masse iliaque importante.

Le salicylate de soude est donné, par la bouche, à raison de 6 grammes les quatre premiers jours, de 4 grammes les

deux jours suivants. Une certaine intolérance gastrique nous fait recourir aux injections intraveineuses, de 2 grammes pendant deux jours, de 1 gramme les trois jours suivants. Le malade a donc absorbé au total 32 grammes par la bouche, 7 grammes par les veines.

Les résultats ont été excellents. En onze jours, la masse iliaque a disparu. Il ne subsiste plus, dans l'aîne, qu'une zone indurée de 2 centimètres sur 1,5 autour du trajet fistulisé.

OBSERVATION III

Sid. Mil., 33 ans, maceuvre, entre une première fois dans le service. le 2 septembre 1933, pour une importante et douloureuse adénopathie inguinale gauche. Les intra-dermo-réactions de Frei et au Dmelcos sont plusieurs fois négatives. Six injections de Dmelcos restent sans résultat. Le malade sort le 29 septembre.

Il revient le 24 octobre avec, cette fois, un deuxième bubon à droite, du volume d'un gros œuf de poule, douloureux. Le ganglion gauche est fistulisé. La réaction de Frei est devenue positive.

Le malade subit, sans aucun résultat, trois séances de radiothérapie locale.

A partir du 3 novembre et pendant 15 jours, le sujet prend, quotidiennement 6 grammes de salicylate de soude par la bouche. L'adénite inguinale droite disparaît complètement dans ce laps de temps. Du côté gauche, fistulisé, les résultats sont moins satisfaisants. Il persiste une induration qui fait corps avec celle des téguments mais le tout est complètement indolore et n'entraîne plus aucune gêne fonctionnelle.

OBSERVATION IV

Sab. Ant., âgé de 34 ans, est admis le 2 octobre pour deux bubons inguinaux, volumineux et douloureux, datant d'un mois. Le bubon gauche ne tarde pas à se fistuliser par une dizaine de pertuis ; il mesure 5 centimètres sur 3. Le bubon est encore ferme, rénitent ; ses dimensions sont de 8 centimètres sur 6. L'intradermo-réaction au Frei est fortement positive.

Un traitement radiothérapique, à raison d'une séance par semaine, est poursuivi pendant un mois, sans aucun résultats.

A partir du 10 novembre et pendant 20 jours, le malade absorbe 6 grammes de salicylate de soude par jour. Après ce délai, le bubon droit a fondu presque complètement. A gauche, la suppuration a tari, la masse s'est affaissée ; il persiste une zone indurée, non douloureuse, autour des fistules.

A titre de témoins, nous avons donné du salicylate de soude à deux bubons chancrelleux sans résultats.

OBSERVATION de M. Marcel PINARD

A l'appui des faits observés par Chevallier et Fiehrer, dit cet auteur (14 décembre 1933), je pense que le salicylate de soude donné par os et par voie intraveineuse sous forme d'une préparation à base d'hexaméthylène trétabamine et de salicylate de soude... « donne des résultats extrêmement rapides non seulement dans les adénopathies de la maladie de Nicolas-Favre, mais encore dans d'autres adénites inguinales ».

OBSERVATION de GATÉ, A. RICARD

P. GUILLERET et A. FREIDEL : maladie de Nicolas-Favre ano-rectale. Insuccès du salicylate de soude (Réunion dermatologique de Lyon. Séance du 18 janvier 1934.)

Les auteurs signalent que leur malade fut traitée chirurgicalement, en deux temps : premier temps, anus aliaque de dérivation ; deuxième temps, amputation du rectum. Dans l'intervalle de ces deux interventions, ont été essayés, successivement, les traitements salicylés et la méthode d'Hellerstrom par l'antigène lympho-granulomateux.

Pas de résultats appréciables.

ANTIGÉNOTHÉRAPIE

OBSERVATIONS du Docteur A. MAISLER

OBSERVATION 1

Dar., poradénite ayant débuté en février 1932. Entré dans le service le 29 mars 1932. A ce moment, on constate une poradénite typique avec adénopathies suppurées de la taille d'une petite mandarine. Réaction de Frei positive. Traitement : électro-coagulation au début d'avril et au début de mai. Salicylate de soude intraveineux, puis solution de lugol par voie intraveineuse et per os.

Le 1^{er} juin, la plaie d'électro-coagulation continue à suppurer. Au fond, on aperçoit trois ganglions. Injections intraveineuses d'antigène lymphogranulomateux les 1^{er} et 8 juin, suivies de grosses réactions générales. Dès le surlendemain de la première injection, la suppuration diminue. Les jours suivants, elle disparaît. En même temps,

les ganglions qu'on aperçoit au fond de la plaie diminuent : celle-ci se cicatrise dès lors rapidement.

Le 19 juin 1932, le malade sort de l'hôpital. La plaie est cicatrisée et au-dessous, on ne sent plus qu'un petit ganglion dur, scléreux, de la taille d'une noisette.

En résumé, très bon résultat de la vaccinothérapie, sur une maladie de Nicolas-Favre évoluant depuis trois mois et demi et rebelle au traitement.

OBSERVATION 2

Har., entre dans le service le 7 avril 1932 pour une adénopathie inguinale gauche apparue depuis trois semaines. Deux à trois semaines avant son apparition, le malade avait remarqué une ulcération préputiale qui guérit rapidement (micro-chancrè). Réaction de Frei positive le 23 avril seulement. A partir du 4 mai, on essaie la vaccinothérapie par voie sous-préputiale : 4 injections (il s'agit là d'un essai de vaccination par la porte d'entrée). Le 18 mai, la masse inflammatoire diminue, n'est plus douloureuse, mais des ganglions conglomérés persistent (dimensions d'un œuf). Le 19 mai, électro-coagulation. On refait 3 injections de vaccin sous-préputial. Chacune d'elle est suivie d'une réaction inflammatoire au niveau de l'injection, véritable réaction de Frei. Le 5 juin, la masse bien que diminuée continue à suppurer. A partir du 6 juin et jusqu'au 20 du même mois, vaccinothérapie intraveineuse à 4 reprises suivie de réactions fébriles notables. La masse semble diminuer beaucoup plus rapidement, la suppuration cesse, la plaie se cicatrise rapidement. Le 25 juin le malade sort de l'hôpital. Sous la cicatrice, on sent encore un petit ganglion dur, de la taille d'une noisette.

En résumé, bon résultat de la vaccinothérapie au cours d'une maladie de Nicolas-Favre évoluant depuis 3 mois.

OBSERVATION 3

Berth., Poradénite typique ayant débuté au début de décembre 1931. Avait eu un micro-chancere. Hospitalisé dans le service fin décembre 1931. On trouve à l'examen une métrite chronique, torpide, amicrobienne. Comme le sujet n'avait jamais eu de blennorragie et que l'urétrite a guéri spontanément en quelques jours, il est possible qu'elle soit d'origine lymphogranulomateuse. Réaction de Frei positive. En janvier 1932, du 10 au 23, le malade fait un érythème polymorphe papulo-noueux (le sujet avait eu les jours précédents deux injections intraveineuses d'émétine à 0,04) avec fièvre à 39° environ, à la suite de quoi la masse ganglionnaire s'affaisse sans disparaître complètement. Il sort de l'hôpital le 7 février, ne présentant plus qu'une induration au niveau de l'adénopathie. Mais, en mars 1932, il rentre dans le service ; la maladie avait repris son évolution, il existait une fistule suppurante.

Electro-coagulation au début d'avril. Salicylate de soude intraveineux. Le 1^{er} juin, il reste une poche suppurée, fistulisée, de 3-4 centimètres de diamètre. Du 3 au 10 juin, reçoit 3 injections intra veineuses d'antigène. La première s'accompagne d'une grosse réaction fébrile, les deux autres de manifestations générales discrètes.

La suppuration cesse, mais reprend vers les 16-18 juin. Les 20 et 22, nouvelles injections intraveineuses de vaccin. Rapidement, la suppuration se tarit et la fistule se cicatrise. Le malade sort complètement guéri le 27 juin 1932.

En résumé, bon résultat de la vaccinothérapie au cours d'une poradénite évoluant depuis 7 mois.

OBSERVATION 4

Kenr., entre dans le service le 9 juin 1932 pour une tumé-

faction du volume d'une mandarine, siégeant à la partie supéro-interne de la cuisse, sous l'arcade crurale. La masse ganglionnaire n'est pas suppurée. Réaction de Frei positive. Reçoit du 15 au 29 juin, 4 injections intraveineuses d'antigène. Trois fois sur quatre, réactions générales importantes. Dès le lendemain et surlendemain de la première injection, la masse se dissocie et permet de percevoir les ganglions qui la constituent. Les jours suivants, ces ganglions diminuent et la malade sort du service le 8 juillet. De la grosse masse ganglionnaire du début il ne persiste que 2-3 ganglions minimes. Mais à partir des 10-15 juillet, la maladie reprend son évolution et le malade rentre à l'hôpital, le 22 juillet avec une masse de la dimension d'une grosse noix, siégeant au même endroit qu'auparavant. Electro-coagulation le 25 juillet, puis lugol per os et intraveineux. Très rapidement, la plaie devient propre, ne suppure plus, se cicatrise et le malade sort complètement guéri le 25 août 1932.

En résumé, la vaccinothérapie, au cours d'une poradénite récente, non suppurée, fait tomber rapidement la masse ganglionnaire. Mais celle-ci reprend quelques jours après, son évolution, qui va céder rapidement au drainage électro-coagulant.

OBSERVATION 14

M^{me} Chl., antre le 12 septembre 1932 pour ulcération et œdème vulvaire. Il y a 4-5 ans, elle aurait eu une affection inflammatoire aiguë des deux petites lèvres, diagnostiquée bartholinite double. On ne l'incise pas, car il se produit une fistulisation spontanée. A peu près en même temps apparaît une érosion à la partie inférieure des petites lèvres. Cette érosion s'est agrandie lentement et s'est transformée en une ulcération pour laquelle la malade a été hospitalisée

dans un service en 1931. A ce moment-là, on avait vu une ulcération de la partie inférieure de la vulve, dont l'étiologie n'a pas été trouvée (on n'avait pas pratiqué de réaction de Frei). Après un traitement local antiseptique, l'ulcération avait guéri en bas, mais pas en haut. Depuis sa sortie de l'hôpital, cette ulcération a gagné vers le haut.

A l'entrée dans le service (12 septembre 1932), on trouve à l'examen une ulcération vulvaire, siégeant à la partie supérieure des petites lèvres, surtout à gauche : dimensions 4-5 centimètres, bords irrégulièrement découpés, ourlés, un peu durs, non décollés ; fond propre rouge, à peu près lisse, ne suintant pas. Il existe en plus une infiltration scléreuse et œdémateuse diffuse (éléphantiasis) relativement discrète de la région du méat, du clitoris, du mont de Vénus. On trouve par ailleurs quelques petits ganglions inguinaux bilatéraux sans aucun caractère, et une cicatrice dans l'aîne gauche consécutive à une incision d'adénopathie inguinale suppurée en 1927. Rien d'ano-rectal. Pas de métrite ; pas de syphilis, Hecht et Kahn négatifs. Intra-dermo-réaction au Dmelcos négative. Réaction de Frei fortement positive. Dans les frottis de l'ulcération on ne trouve ni des vacilles de Ducey, ni des bacilles crassiques.

Du 16 au 28 septembre, on pratique 7 injections intra-veineuses d'antigène lymphogranulomateux à doses progressives. Elles ont été suivies de réactions générales importantes, dépassant 40° à deux reprises. En même temps, l'examen local montrait une amélioration nette et progressive. Le 29 septembre, l'ulcération a diminué de moitié, elle est tout à fait propre. L'infiltration œdémateuse et scléreuse a diminué notablement, toute la région est plus souple. La malade sort de l'hôpital. Nous l'avons revue en février 1933. L'ulcération et l'infiltration s'étaient étendues à nouveau.

En résumé, la vaccination améliore nettement, mais

temporairement un esthiomène vulvaire avec éléphantiasis.

OBSERVATION 15

M. X., malade de ville de M. Ravaut. Vient consulter en novembre 1932 pour un rétrécissement du rectum. Début de 1930 par diarrhée, glaires, ténésme. Vu en avril 1930 par M. Bensaude qui trouve une rectite sans rétrécissement. Un an après (mars-avril 1931), le rétrécissement se développe progressivement. En juin 1932, son état général est mauvais : a maigri de 13 kilos ; localement, le rétrécissement est très important, accompagné de rectite glaireuse, purulente, avec diarrhée profuse (20-25 selles par jour), hémorragies fréquentes. Un traitement par la diathermie et le lugol améliore nettement son état général et local. Il reprend 5-6 kilos, les phénomènes ano-rectaux sont moins pénibles.

Néanmoins, le 29 novembre, on note que la malade a toujours une grosse rectite avec glaires, pus, hémorragies fréquentes, diarrhée avec une dizaine de selles par 24 heures. Au toucher rectal, on trouve un canal avec proliférations, cannelures, périanite infiltrée. Au-dessus, on tombe sur un rétrécissement rectal tellement serré, qu'il est complètement infranchissable. Intra-dermo-réaction au Dmelcos négative ; réaction de Frei positive. Pas de syphilis, sodomie avouée.

Le 29 novembre, le malade reçoit une injection intra-veineuse de 2cc. de vaccin. Dans la nuit, survient un frisson violent avec sueurs, céphalée intense, délire, tremblement, cauchemars, température à 40°. Cette réaction se prolonge pendant 24-36 heures et diminue ensuite, pour disparaître complètement 72 heures après l'injection. Ce malade revient nous voir les 3 et 13 décembre, très content malgré ce choc intense, car depuis il est très amélioré

localement ; les hémorragies ont disparu, les glaires ont diminué, les selles diarrhéiques sont moins fréquentes (5-6 par jour).

Le malade était tellement satisfait des résultats de cette médication (que nulle autre n'avait donné), qu'il demanda d'autres injections intra-veineuses. Or, ce sujet habitait en Belgique, il venait chaque fois exprès pour sa piqûre, et reprenait tout de suite le train pour arriver chez lui avant le début de la réaction fébrile. Il reçut ainsi encore 5 injections intraveineuses, espacées de 8-15-30 jours, la dernière le 6 mars 1933. La réaction générale était intense après chacune d'elles, moins pénible et moins prolongée que la première fois. Après la troisième injection, le suintement glaireux a disparu complètement. Et progressivement, le malade va de mieux en mieux. Le 6 mars 1933 le sujet a repris 5-6 kilos. Au lieu de 10 selles glaireuses et sanguinolentes il n'en a plus que 2-3 par 24 heures, pas trop liquides. Entre les garde-robes il n'y a aucun suintement, il ne tache plus son linge, il n'a plus de sensations pénibles localement. Au toucher rectal, les cannelures anales sont beaucoup moins nettes, moins dures. La pérïanite est moins infiltrée, surtout la sténose infranchissable est remplacée par un anneau fibreux où le doigt pénètre facilement. Au-dessus de cet anneau la muqueuse paraît saine.

En résumé, la vaccinothérapie a donné des résultats remarquables au cours de ce rétrécissement avec grosse rectite. Elle a complètement asséché la rectite, a fait résorber en partie l'infiltration péri-ano-rectale et surtout a rendu très large un rétrécissement antérieurement infranchissable, à tel point que le malade se considère comme guéri.

RAYONS ULTRA-VIOLETS

MM. CHAUFFARD et THÉVENARD
(*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*)
(*Séance du 7 décembre 1923*)

F., 38 ans, manœuvre entre à la clinique le 12 novembre 1923 pour diarrhée dysentérique et adénite suppurée inguinale bilatérale.

Ce malade fit en 1907 à 1911, un séjour dans le Sud-Oranais où il contracta le paludisme et la dysenterie.

Depuis sa rentrée en France (1911), il a présenté chaque année un accès paludéen, d'intensité de plus en plus faible mais n'eut jamais de rechute de dysenterie.

Le 1^{er} septembre, il constata la présence dans l'aîne gauche d'une petite tumeur absolument indolente qui atteint en 15 jours le volume d'une pomme. Elle est incisée le 15 octobre et la plaie opératoire tend à se fistuliser. Cette adénopathie n'a été précédée d'aucune lésion inflammatoire ou simplement érosive du gland, de la verge ou de l'anüs.

Vers la fin du mois d'octobre, apparaissent successivement deux tuméfactions analogues : la première dans l'aîne gauche au-dessus de la précédente, la deuxième dans l'aîne droite. La première est incisée et de nouveau la plaie se fistulise.

Le traitement médical prescrit simultanément consiste en absorptions par la bouche du liquide de Lugol.

Le 12 novembre, à son entrée à la clinique, le malade se présente avec un syndrome dysentérique atténué. Il émet dans les vingt-quatre heures, sans ténesme, 5 à 6 selles diarrhéiques avec quelques glaires. L'examen microscopique permet de déceler les amibes caractéristiques.

D'autre part, l'examen des aînes montre des lésions inflammatoires bilatérales et fistulisées à gauche. Au

niveau de l'aîne gauche, on voit deux cicatrices linéaires parallèles au pli inguinal à bords nettement saillants, décoloration rouge violacée et laissant sourdre de façon continue un liquide jaunâtre, filant, séro-purulent.

La palpation révèle un empâtement diffus et dur du paquet ganglionnaire inguinal et plus particulièrement du groupe supéro-externe.

L'examen de l'aîne droite montre une tuméfaction allongée. L'examen de l'aîne droite montre une tuméfaction allongée parallèlement au pli de l'aîne de coloration rouge vif non douloureuse, nettement fluctuante. Au-dessus d'elle les téguments sont amincis et la fistulisation semble imminente, cette tuméfaction apparaît au paquet ganglionnaire supéro-externe de l'aîne qui est, lui, aussi, empâté.

Enfin, la palpation des fosses iliaques montre à la droite l'empâtement profond des ganglions hypogastriques.

Il n'y a aucune cicatrice sur la verge, le scrotum, non plus, que sur la région périnéale.

Le reste de l'examen somatique est négatif.

Réaction B. W. négative.

Deux ponctions exploratrices ont permis de retirer de l'adénite supérieure de l'aîne droite un pus épais filant, de couleur jaune claire. A l'examen direct pratiqué immédiatement entre lame et lamelle on n'observe aucune formation mobile. L'examen des frotis colorés a montré une égale proportion des polynucléaires et mono-nucléaires, pour la plupart à grand noyau et à protoplasme clair bien visible.

On n'a constaté aucun germe microbien et les ensemencements sur différents milieux sont restés stériles.

L'auto-inoculation a été négative et n'a provoqué aucune réaction des groupes ganglionnaires correspondants.

Le malade a d'abord reçu six injections de chlorydrate d'émétine à la dose de 6 centigrammes.

Le syndrome dysentérique a rapidement et complète-

ment disparu ; l'état général s'est amélioré comme le montre le relèvement de la courbe du poids, mais les lésions inguinales n'ont pas été modifiées : l'adénite droite montre même une tendance à la fistulisation par les orifices des ponctions.

Le sujet a alors été soumis à des applications de rayons ultra-violets : applications quotidiennes d'une durée de dix minutes, faites au moyen d'une lampe à quartz et mercure, élevée à 1 m. 50 au-dessus des téguments ; les parties génitales étaient protégées par des compresses de toile.

L'amélioration s'est manifestée dès la quatrième séance et à la dixième, la guérison clinique s'avérait presque complète : disparition de l'abcès inflammatoire et de l'empâtement ganglionnaire diffus. Arrêt du suintement purulent, affaissement de l'adénite droite.

Les téguments n'ont subi aucune modification et ont réagi à l'irradiation par une pigmentation discrète.

Douze irradiations ont été pratiquées et nous les continuerons encore pendant quelques jours.

ÉLECTRO-COAGULATION

OBSERVATIONS de M^{me} Marie LAPORTE DU BOUCHET

OBSERVATION I

Bubon fermé ramolli. Le malade, âgé de 29 ans, entre le 3 janvier 1931 pour une adénite inguinale droite datant de 5 à 6 jours.

Il dit n'avoir jamais présenté de chancre.

Les derniers rapports datent de cinq semaines.

A l'examen, on constate dans l'aîne droite l'existence d'un bubon bas situé, presque fémoral, dur, avec à sa

partie supérieure une petite zone de ramollissement. On sent un ganglion iliaque extrêmement net.

La rate est percutable sur une longueur de 10 centimètres.

On ne trouve aucune cicatrice de chancre ni sur la verge ni à l'anus.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

La ponction du bubon ramène facilement du pus.

De tous les examens faits dans le but d'identifier la nature du bubon, seule l'intra-dermo-réaction de Frei est positive, elle donne une papule à centre nécrotique.

Le 21 janvier. — Electrocoagulation (Bipolaire Plot 5).

Le 24 janvier. — Escarre avec à sa périphérie une inflammation et un empâtement notables.

Le 27 janvier. — Chute de l'escarre. La plaie est arrondie, grosse comme une pièce de 5 francs, le fond est rouge et bourgeonne activement. Le malade est mis au Dmelcos intraveineux (6 injections en tout).

Le 5 février. — La plaie est en voie de cicatrisation avancée, la portion interne est cicatrisée complètement.

Le 14 février. — La cicatrisation est terminée. L'empâtement a disparu.

OBSERVATION II

Bubon fistulisé. Le malade, âgé de 28 ans, entre le 5 mai 1930 pour une adénopathie suppurée bilatérale, fistulisée du côté gauche.

Il dit n'avoir pas eu de rapports depuis 5 mois.

Il a d'ailleurs fait plusieurs séjours à l'hôpital pour des bubons.

A l'examen, on trouve dans l'aîne gauche une masse du volume d'une petite orange, de consistance molle présentant en son centre un orifice fistuleux principal et deux autres de moindre importance dans sa portion externe,

par lesquels s'écoule du pus jaunâtre en grande quantité. La peau est violacée et le pourtour apparaît induré.

Le bubon du côté droit est du volume d'un petit œuf. douloureux, ramolli légèrement, recouvert d'une peau qui commence à rougir.

Malgré un examen très attentif on ne trouve aucune porte d'entrée.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

Les différentes réactions de la chancrelle sont négatives.

La réaction de Frei est faiblement positive.

Le 15 mai. — Électro-coagulation (Bipolaire Plot 3).

Le 17 mai. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit une première injection de Dmelcos (6 en tout).

Le 12 juin. — La guérison est complète. La cicatrice est souple. L'empâtement inguinal qu'on avait noté à l'entrée a complètement disparu.

OBSERVATION III

Bubon fermé. Ce malade, âgé de 38 ans, entre le 9 janvier 1931 pour une adénopathie inguinale gauche apparue il y a un mois et qui n'aurait été précédée d'aucune ulcération de la verge.

Le malade a contracté la syphilis il y a un an et depuis cette époque, il a été régulièrement traité au dispensaire.

La réaction de B. W. qui est devenue négative il y a huit mois, l'est encore à son entrée dans le service.

L'examen montre dans l'aîne gauche une tuméfaction du volume d'un œuf, douloureuse à la palpation. La peau est amincie, de couleur rouge sombre.

Malgré un examen méticuleux on n'a trouvé aucune ulcération de la verge ou de l'anus.

La ponction du bubon ramène du pus.

Tous les examens faits en vue de l'identification de la

nature du bubon sont négatifs. L'intra-dermo-réaction de Frei est faiblement positive.

Entre le 10 et le 16 janvier le malade reçoit 2 injections intra-veineuses de Dmelcos sans qu'il y ait la moindre rétrocession de l'adénopathie.

Le 21 janvier. — Électrocoagulation (Bipolaire Plot 5).

Le lendemain, le malade qui présente un psychisme tout à fait spécial, sort sur sa demande.

Le 27 janvier. — Le malade qui est revenu régulièrement se faire penser entre dans le service pour recevoir une série d'injections intra-veineuses de Dmelcos.

La plaie présente un bon aspect, le fond est rouge et on voit de nombreux bourgeons charnus. Il n'y a pas d'induration à la périphérie.

Le malade reçoit 4 injections intraveineuses de Dmelcos.

A ce moment il sort de nouveau sur sa demande.

La plaie n'est pas cicatrisée sur une surface de la taille d'une pièce de 5 francs.

Le 25 février. — Le malade est revu par M. Ravaut ; la plaie est cicatrisée mais il existe au pourtour de la zone coagulée un empâtement prurigineux.

On prescrit au malade la solution de Lugol per os.

Le malade qui devait revenir au bout d'un mois n'a plus été revu.

OBSERVATION IV

Ce malade, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital le 25 novembre 1930 pour un bubon datant de 15 jours, apparu 8 jours après un rapport suspect.

L'examen montre dans l'aîne gauche une masse volumineuse, ovulaire, allongée le long de l'arcade crurale,

de la taille d'un citron, élastique, peu douloureuse, entourée d'un empâtement diffus.

Sur le gland, on trouve la cicatrice d'un chancre induré datant de 2 ans traitée légèrement au dispensaire depuis lors.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

Par contre, il n'existe pas d'ulcération génitale récente.

Le 26 novembre. — On fait une ponction du bubon qui ramène un pus abondant. On prélève un fragment du ganglion pour faire une inoculation intradermique.

On pratique une électrocoagulation (Bipolaire Plot 3).

On entreprend une série d'examens en vue d'identifier la nature du bubon (examens directs et inoculations) ; ils sont tous négatifs.

Le 3 décembre. — Chute de l'escarre. Le malade est mis au Dmelcos (6 injections).

Le 27 décembre. — La plaie d'électrocoagulation n'est pas encore cicatrisée et l'on sent au-dessous d'elle un empâtement allongé le long de la lèvre inférieure de la plaie.

Il s'écoule du pus à ce niveau depuis 3 jours.

On fait une deuxième électrocoagulation très large (Bipolaire Plot 5), qui livre issue à une grosse quantité de pus qui sort de nombreux pertuis.

Le 14 janvier. — Chute de l'escarre. La plaie apparaît très étendue ; depuis le pubis jusqu'à deux travers de doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur cinq centimètres de large. Elle suppure abondamment.

Le malade commence une deuxième série de Dmelcos.

Le 27 janvier. — La plaie a diminué de largeur. Le fond est très suintant. On fait des attouchements au nitrate d'argent tous les deux jours.

Le 31 janvier. — Apparaît, en dedans de la plaie, une induration accompagnée de douleurs très vives irradiant vers les bourses. A ce niveau, on sent également un empâtement.

On commence une série d'injections intraveineuses : Lugol, Hyposulfite de soude en mélange, de 6 à 10 cc. par jour.

Le 2 février. — On commence à faire au malade des pansements glycerinés. L'induration se circonscrit.

On fait de nouveaux examens, cherchant à identifier la nature du bubon : l'intradermo-inoculation de Frei donne une grosse papule à centre blanc. Elle est donc positive.

Le 10 février. — Le malade est très fatigué, dort mal, son teint est devenu terreux depuis 4 jours.

La masse inguinale a diminué de volume ainsi que les bourses. On note trois petites ulcérations de la face interne de la racine de la cuisse. Des frottis ne montrent pas de Ducrey. La plaie suppure toujours abondamment ; au niveau de son centre, elle présente une ulcération très creusante (qui ne contient pas de B. de Ducrey).

La palpation à la périphérie est moins douloureuse, mais fait toujours sourdre du pus.

Le 14 février. — L'empâtement est localisé tout autour de la plaie qui a bon aspect, mais la pression à la périphérie fait sourdre du pus venant de loin au-dessous de la plaie.

A la face interne de la racine de la cuisse, la peau est très amincie, violacée et la pression à ce niveau est très douloureuse.

On pratique à ce niveau une incision avec introduction d'un drain réunissant la plaie d'électrocoagulation à la plaie d'incision.

De plus, on prescrit des injections quotidiennes d'émétine (0,02 ; 0,04 ; 0,06 ; 0,08 ; 0,08 ; 0,08).

Les injections de Lugol-Hyposulfite de soude sont remplacées par la prise de Lugol per os (3 cuillerées à café par jour).

Le 2 mars. — On fait sur la zone coagulée une première séance de rayons X.

Le 11 mars. — Deuxième séance de rayons X.

On constate une grosse amélioration de l'aspect de la plaie qui a considérablement diminué d'étendue et de profondeur.

Elle est presque entièrement fermée ; il persiste seulement une ouverture grosse comme une pièce de 5 francs. La peau tout autour est de couleur rosée et l'épidermisation semble faire de rapides progrès. La périphérie est encore indurée et la pression fait encore sourdre du pus mais en quantité moindre que précédemment. La plaie d'incision de la cuisse est presque entièrement cicatrisée.

Lès mouvements ne sont pas douloureux.

L'état général est incomparablement meilleur ; l'appétit et le sommeil sont redevenus normaux.

Le 1^{er} avril. — Le malade qui a reçu une troisième séance de rayons X (le 17 mars) quitte le service. Il présente encore une plaie étroite allongée dans l'axe de l'aîne, de 5 centimètres de longueur environ. La périphérie est encore très indurée.

Le 1^{er} mai. — Le malade qui revient se faire panser régulièrement a une plaie complètement cicatrisée. La zone coagulée présente une dépression centrale de 3 centimètres de longueur du 1^{er} centimètre de large.

L'induration n'a pas complètement disparu. La peau de la zone coagulée est rose clair.

Le 15 mai. — Se produit une récidive de l'angle interne de la cicatrice, avec induration étendue le long du scrotum et petit abcès à ce niveau.

On trouve dans cet abcès des diplocoques Gram négatif, qui n'ont pas été identifiés.

L'intradermo-réaction pratiquée avec le pus de la fistule, au niveau du bras gauche, laisse apparaître deux jours après une pustulette à centre blanc.

Une intradermo-réaction au Dmelcos pratiquée sur l'autre bras est négative.

Une intradermo-réaction pratiquée avec l'antigène envoyé par Hellerstrom donne une réaction fortement positive, ce qui est un argument supplémentaire pour considérer ce cas comme une paradénolymphite.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

1^o *La thérapeutique de la maladie de Nicolas et Favre a modifié beaucoup la physionomie clinique de l'affection grâce à un diagnostic biologique précoce et l'on peut dire avec Ravaut que « l'on connaît maintenant des formes de la maladie de Nicolas et Favre qui sont profondément différentes du tableau clinique classique. Constituées par un bubon unique, rapidement ramolli, suppurant en totalité, elles sont tôt diagnostiquées par la réaction de Frei, et vite guéries par un traitement approprié, sans laisser trace d'induration ni de sclérose ».*

2^o *La « collaboration du traitement local et du traitement général, l'un permettant à l'autre de fournir son résultat maximum », est souvent nécessaire.*

3^o *Les traitements généraux proposés sont nombreux : les sels d'antimoine, d'or, le sulfate de cuivre ammoniacal, l'émétine, l'iode, le salicylate de soude, d'une part — le Dmelcos, la tuberculine, l'antigène lymphogranulomateux, l'allergine de Jousset, le sérum de convalescent, d'autre part ont donné de*

beaux succès thérapeutiques et parfois des échecs.

4° Parmi les traitements *locaux*, la ponction, l'incision, les injections de glycérine, les rayons X et ultra-violets, l'électro-coagulation, la diathermie, ont été employés et souvent avec des résultats favorables.

5° Le traitement chirurgical a des indications particulières.

6° *Toutes les méthodes thérapeutiques tendent à opposer les formes cutanées ganglionnaires des formes lympho-muqueuses.*

7° Le traitement médical général agit :

a) sur la fièvre, les troubles digestifs et l'asthénie, dans tous les cas.

b) sur les *formes inflammatoires simples* : il fait régresser, rapidement, en quelques jours, la cellulite d'accompagnement péri-ganglionnaire ; son action sur l'hyperplasie ganglionnaire, plus lente, demande une à plusieurs semaines ; les adénopathies iliaques sont plus ou moins influencées.

c) sur les formes *suppurées*, simples : il empêche la sclérose péri-focale, péri-ganglionnaire ; il collecte la suppuration en « poche » souple bien limitée ; il réduit, puis tarit l'écoulement purulent.

d) dans les formes suppurées avec sclérose intense et fistules multiples son action est peu nette.

e) dans les formes lympho-muqueuses (ano-rectites, rétrécissements rectaux, ulcère vulvaire, éléphantiasis...) son action est nulle ou transitoire.

8° Le traitement médical local donne souvent de

bons résultats même dans les cas avec fistules multiples ; ce mode thérapeutique est peu ou pas actif dans les formes lympho-muqueuses.

9^o Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical dans les formes cutanéoganglionnaires, l'anus iliaque de dérivation constitue le plus souvent le seul traitement des rétrécissements rectaux serrés.

10^o Quelle conduite doit-on tenir en face d'une localisation lymphogranulomateuse ? Nous croyons qu'il est logique d'agir ainsi :

A) en face d'une forme ganglionnaire. 3 cas à distinguer :

1^{er} cas : Forme ganglionnaire inflammatoire simple. Nous donnons la préférence à l'antimoine et au salicylate de soude.

2^e cas : Forme suppurée simple, forme « jeune » de Ravaut. Nous croyons qu'il est indiqué de faire un traitement par les injections de glycérine associé à un traitement général.

3^e cas : Fistules multiples. On doit, à notre avis, essayer un traitement médical prolongé associé à des injections de glycérine ou à des séances de rayons X.

B) En face de rectites, rétrécissements, etc... de forme lympho-muqueuse, nous sommes souvent désarmés. Les injections de glycérine ont donné des améliorations. L'anus iliaque seul est indiqué dans les rétrécissements serrés.

11^o Peut-être peut-on expliquer ces différences essentielles de résultats thérapeutiques entre les

deux formes : cutanéoganglionnaire lympho-muqueuse par une pathogénie différente. Virus peu actif et isolé dans le premier cas. Virus très actif et associé à la gonococcie, à la syphilis, à la tuberculose dans le second cas.

VU : Le Doyen, VU : Le Président de Thèse,
G. ROUSSY GOUGEROT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pas la prétention de fournir une bibliographie complète sur la question ; nous indiquerons les principaux ouvrages et les publications les plus courantes auxquelles on peut facilement et vite se reporter.

BENSAUDE (R.) et LAMBLING (A.). — Le rôle de la maladie de Nicolas et Favre dans l'étiologie du rétrécissement inflammatoire du rectum. Etude de 21 cas par l'intradermoréaction de Frei. *Compte-rendu Soc. biol.*, 108, 1050-1053, 18, XII 31.

BENSAUDE (R.) et LAMBLING (A.). — Maladie de Nicolas et Favre et lésions anorectales; sténose, anorectite simple, fistules isolées. *Paris médical*, n° 18, 30 août 1932.

BUFFE et FRIESS. — Un cas de mal de N.-F. guéri par la radiothérapie. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, 17 décembre 1931.

CARNOT (P.) et FROMENT. — Poradénite inguinale guérie par les injections intraveineuses de sels de cuivre. *Paris Médical*, 8 mars 1924.

CHAUFFARD (A.) et THEVENARD. — Guérison par les rayons U. V. d'une poradénite inguinale suppurée. *Soc. Méd. des Hôp.*, 7 décembre 1923.

CHEVALLIER (P.) et BERNARD (J.). — La maladie de Nicolas et Favre. *Revue médicale universelle*, mai 1930, pp. 1 à 5. (3 fig.).

CHEVALLIER (P.) et BERNARD (J.). — Les adénopathies inguinales. Les adénopathies syphilitiques. Le bubon chancrelleux. *Rev. de méd.*, n° 6, juin 1930, pp. 440-451.

CHEVALLIER (P.) et BERNARD (J.). — La maladie de Nicolas et

- Favre. Les bubons climatiques. *Rev. de méd.*, n° 10, décembre 1930, pp. 856 à 885 (bibliographie).
- CHEVALLIER (P.) et BERNARD (J.). — Les adénopathies inguinales (suite). *Rev. de méd.*, n° 1, janvier 1931, pp. 62-80.
- CHEVALLIER (P.) et LÉVY-BRUHL (M.), MORICARD (R.). — Encéphalite du lapin par inoculation intracérébrale du pus d'une adénopathie inguinale dont l'évolution clinique est celle d'une maladie de Nicolas-Favre. *Soc. de dermat. et syph.*, 23 avril 1931, p. 652-654.
- CHEVALLIER (P.), LÉVY-BRUHL (M.), MORICARD (R.), ALQUIER (P.). — L'encéphalite inguino-granulomateuse du lapin. *Soc. de dermat. et syph.*, 21 mai 1931.
- CHEVALLIER (P.), LÉVY-BRUHL (M.), MORICARD (R.). — La méningite inguino-granulomateuse du lapin. II^e Congrès international de pathologie comparée, Paris, 1931.
- CHEVALLIER (P.), et BERNARD (J.). — Quelques remarques sur les adénopathies inguinales. *Rev. de méd.*, n° 9, novembre 1931, p. 676-681.
- CHEVALLIER (P.), MORICARD (R.), ELY (Z.). — Maladie de Nicolas et Favre, conjugale avec aspect typique de la maladie chez la femme. *Soc. de dermat. et syphil.*, n° 1, janvier 1932.
- CHEVALLIER (P.), MORICARD (R.), LÉVY-BRUHL (M.). — Sur la réaction de Frei. Réaction de Frei extrêmement positive (par son intensité forte et sa durée très longue) chez un homme atteint de splénomégalie primitive cryptogénétique compliquée récemment d'ascite. *Soc. de dermat. et syphil.*, n° 1, janvier 1932.
- CHEVALLIER (P.), BERNARD (J.). — Forme fluxionnaire bénigne de la maladie de Nicolas et Favre. *Soc. d'hématologie*, 6 avril 1932, *Le Sang*, t. VI, n° 5, 1932, p. 572-573.
- CHEVALLIER (P.), BERNARD (J.). — La méningite chronique atténuée de la poradénite inguinale humaine. *Soc. d'hématologie*, 6 avril 1932. *Le Sang*, t. VI, n° 5, 1932, p. 573-575.
- CHEVALLIER (P.), BERNARD (J.). — Ulcération vulvaire, adénopathies inguinales, érythème noueux avec éléments pustuleux. Réaction de Frei positive. *Soc. de dermat. et syphil.*, 12 mai 1932, p. 760-763.
- CHEVALLIER (P.), BERNARD (J.). — Les variations de la viru-

- lence expérimentale de la poradénite inguinale. *Soc. de dermat. et syphil.*, 12 mai 1932, p. 763-769.
- CHEVALLIER (P.), BERNARD (J.). — Réactions de Frei négatives au cours de poradénites inguinales certaines. *Soc. de dermat. et syphil.*, 9 juin 1932, p. 769-772.
- CHEVALLIER (P.), BERNARD (J.). — Maladies de Nicolas et Favre surinfectée de tuberculose. *Ibid.*, p. 771.
- CHEVALLIER (P.), BERNARD (J.). — Les adénopathies inguinales 1932. 1 vol., 16 planches hors-texte. Librairie Félix Alcan.
- CHEVALLIER (P.), BERNARD (J.). — Œdème chronique périméatique, réaction de Frei positive. *Soc. de dermat. et syphil.*, juillet 1932, p. 1233.
- CHEVALLIER (P.), MORICARD (R.), BERNARD (J.). — Adénopathie inguinale ulcérée chez un très jeune enfant, réaction de Frei positive. *Soc. de dermat. et syphil.*, juillet 1932, p. 1233.
- CHEVALLIER (P.), et BERNARD (J.). — Forme cutanée pure de la maladie de Nicolas et Favre. *Soc. de dermat. et syphil.*, p. 1351, 10 novembre 1932.
- CHEVALLIER (P.), PAUL (C.). — Sur une maladie de Nicolas et Favre à début œdémateux périméatique. *Soc. de dermat. et syphil.*, 10 novembre 1932, p. 1354.
- DESTEFANO et VACCAREZZA. — Traitement de la poradénite inguinale par les sels d'antimoine. *Semana Medica*, p. 1013-1060, octobre 1925.
- DESTEFANO et VACCAREZZA. — Traitement de la poradénite inguinale par les injections d'émétique. *Presse médicale*, 1927, n° 1.
- DESFORGES (A.). — Trois cas de maladie de Nicolas et Favre. *Union médicale du Canada*, décembre 1933, p. 1237.
- DURAND, NICOLAS, FAVRE. — Lymphogranulomatose inguinale et traitement chirurgical. *Soc. méd. Hôp.*, Paris 31 janvier 1913.
- FABRE. — L'intradermoréaction de Frei. *Thèse de Paris*, 1933. On y trouve une bonne bibliographie et une étude documentée sur la réaction de Frei.
- FAVRE. — Recherches bactériologiques sur les variétés d'adénites inflammatoires de l'aïne. *Soc. Méd. Hôp.*, mars 1921.
- FAVRE. — A propos du diagnostic des affections inflammatoires de la région inguinale. Réunion dermatologique de Lyon, Thèse Vélasquez.

15 décembre 1932. L'auteur décrit les cellulites torpides en nappes de l'aine primitives bien différentes des cellulites d'accompagnement de la poradénite.

FERNANDEZ de la PORTILLA. — Traitement de la lymphogranul. ing. par le tartre stibié. *Actas-Dermosifilig.*, mars 1929.

FERNET (M. P.). — Traitement par la radiothérapie de la mal. de N. F. *Bull. Soc. Dermat. Syph.*, 8 mars 1931.

FOUQUET (Ch.). — La lymphogranulomatose inguinale. *Archives Méd. Chirur. de province*, octobre et novembre 1932, n° 10 et n° 11.

FREI (W.). — Une nouvelle réaction cutanée dans la lymphogranulomatose inguinale. *Klinische Wochenschrift*, n° 45, 5 novembre 1925, p. 2148.

FUMAT. — *Thèse Paris*, 1933.

GANS. — Remarques sur la lymphogr. ing. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 544, 8 mars 1931.

GATE (J.) et CHARPY (L.). — Valeur respective de la réaction de Frei et de l'action des injections intraveineuses de « Dmelcos » dans le diagnostic différentiel de la maladie de Nicolas et Favre et du bubon chancrelleux (à propos de 2 malades) *Soc. de dermat. et syph.*, 26 février 1931, et Réunion dermatologique de Lyon, n° 4, avril 1931, p. 487. En cas de réaction de Frei douteuse l'épreuve thérapeutique au Dmeleos lève les doutes.

GATE, GIRARD, VIDAL. — Un cas de mal. de N.-F. conjugale. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, 20 mars 1930.

GATE (J.), GUILLERET (P.), PERRET (G.). — Bubon inguinal mixte chancrelleux et lymphogranulomateux. Intradermo-réaction positive aux deux antigènes. Réunion dermat. de Lyon, n° 3, 10 mars 1932, p. 361.

GATE (J.), GUILLERET (P.), CHARPY (J.). — Bubon chancrelleux guéri par le Dmelcos avec réaction de Wassermann paradoxale et réaction de Frei positive. Réunion dermat. de Lyon, 16 février 1933, p. 363.

GATE, MECHEL, MOREL. — Association chancrelle et lymphogr. inj. conjugale. *Bull. Soc. Dermat. Syph.*, p. 355, 28 janvier 1932.

GAY PRIETO. — Traitement de la mal. de N.-F. avec l'antigène

spécifique. *Archives de Medicina cirurgica y especialidades de Madrid*, n° 49, 3 décembre 1932.

GOUGEROT (H.), COHEN (R.). — Etude de l'intradermoréaction de Frei sur quelques malades. *Soc. de dermat. et syphil.*, 21 mai 1931, p. 763.

— Adénite à gros abcès avec réaction de Frei positive ; formation tardive d'une adénite à type Nicolas Favre. *Soc. de dermat. et syphil.*, juillet 1931, p. 1105.

GOUGEROT (H.). — A propos de la communication de M. Jersild. *Soc. de dermat. et syphil.*, 10 novembre 1932, p. 1309. L'auteur sépare nettement le syphilome ano-rectal de Fournier des syndromes voisins de nature diverse.

GOUGEROT (H.), COHEN (R.), PATTE (A.). — Syndrome éléphantiasique ano-recto-vulvaire abcédé et fistulisé avec toutes les réactions de Frei, etc., négatives. *Soc. de dermat. et syphil.*, 9 février 1933, p. 262.

GREGORIO (Ed. de) de Saragosse. — La lymphogranulomatose congénitale subaiguë et ses relations avec la syphilis ano-rectale de Fournier. *Presse médicale*, n° 75, p. 1416.

— L'allergie cutanée dans les adénopathies inguinales d'origine vénérienne. *Annales de dermat. et syphil.*, n° 8, juin 1932, p. 539. De Gregorio y étudie les tests cutanés à l'« hémostyl » et ne tient compte que des réactions de Frei très positives : papulovésiculeuses.

HELLERSTROM (S.). — L'intradermoréaction dans la lymphogranulomatose inguinale. *C. R. Soc. Biol.* 97, 1168-1170, 28 octobre 1927.

HELLERSTROM (Sven). — Contribution à l'étude de la lymphogring. *Ann. des mal. Vén.*, p. 1077, décembre 1929.

HELLERSTROM (S.). — Expériences avec l'intradermoréaction dans la maladie de Nicolas et Favre. *Soc. de dermat. et syphil.*, 8 mars 1931, p. 650-562. Réunion de Strasbourg, n° 4, avril 1931, p. 150.

HELLERSTROM (S.). — Traitement de la mal. de N.-F. par l'antigène lymphogr. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 588, 8 mars 1931.

HILLEMAND (P.). — Maladie de Nicolas-Favre et rétrécissement du rectum. *Sciences et thérapeutique*, juillet 1932.

JERSILD (O.). de Copenhague. — Les intradermoréactions dans

- le chancre mou et dans la lymphogranulomatosé inguinale considérées spécialement dans leurs rapports avec l'étiologie du syphilome anorectal. *Annales de dermat et syphil.*, n° 1, p. 577-608, juin 1930.
- JERSILD (O.). — Quatre nouveaux cas de syphilome ano-rectal et d'esthiomène avec intradermoréaction de Frei positive. Considérations sur l'intra-épidermo-inoculation de M. Ravaut. *Soc. de dermat. et syphil.*, 8 mars 1931. Réunion dermat. de Strasbourg, n° 4, avril 1931, p. 537 et p. 563.
- JERSILD (O.). — Rétrécissements rectaux. *Soc. de dermat. et syphil.*, 10 novembre 1932, p. 1303.
- JERSILD (O.). — Syphilome ano-rectal. Syndrome éléphantiasique fistuleux, ulcéreux. *Soc. de dermat. et syphil.*, 9 février 1933.
- JERSILD (O.). — Association de la mal. de N.-F. et de la chancrelle. *Ann. Derm. Syph.*, p. 107, 1931.
- KATZ. — Le sérum de convalescent dans la lymphogr. ing. *Dermat. Wochenschrift*, 17 décembre 1932.
- KITCHEWATZ (M.) de Belgrade. — La spécificité des réactions allergiques dans la maladie de Nicolas et Favre. *Soc. de dermat. et syphil.*, janvier 1928, p. 53. L'auteur montre qu'on peut avoir un excellent antigène pour réaction de Frei par ponction ganglionnaire dans les formes jeunes de poradénites.
- KLEEGERG. — Un cas de mal. de N. F. chez une femme avec érythème noueux de la jambe et aphtes de la région ano-génitale. *Dermat. Wochenschrift*, 13 septembre 1930.
- KLEEGERG. — L'encéphalite chez le singe par inoculation intracérébrale du virus lymphogr. *Dermat. Wochenschrift*, 18 avril 1931.
- LACASSAGNE (J.), LEBEUF (F.). — Réaction de Frei chez cinq tabétiques. Réunion dermat. de Lyon, 29 juin 1933, p. 1225.
- LAPORTE (M^{me}). — Contribution au traitement des bubons vénériens par l'électrocoagulation. *Thèse Paris*, 1931.
- LOEDERICH, LEVADITI, MAMOU, BEAUCHESNE. — Rétrécissement inflammatoire du rectum d'origine lymphogranulomateuse. *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 17 juin 1932.
- LE BARON. — Le traitement de la mal. de N.-F. *Gaz. Méd. du S. O.*, 15 août 1931.

- LEIDI (F.). — La cura della porolinfoadenite di N. et F. coi preparati di antimonio. *Gior. ital. di dermat. e sifil.*, p. 1313, octobre 1929.
- LEPINAY. — Deux cas de mal. de N.-F. traités et guéris par la chryso thérapie. *Maroc médical*, 15 août 1931.
- LEVADITI, RAVAUT, LEPINE, M^{lle} SCHOEN. — Sur la présence d'un virus pathogène pour le singe dans certains bubons vénériens de l'homme. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 576, 8 mars 1931.
- LEVADITI, RAVAUT, CACHERA. — Les preuves de la nature lymphogr. de la maladie expérimentale du singe. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, 10 décembre 1931.
- LEVADTI, RAVAUT, M^{lle} SCHOEN. — Présence du virus de la mal. de N. et F. dans les ganglions lymph. des signes réceptifs. *Soc. Biol.*, p. 1099, 15 avril 1932.
- LEVADITI, RAVAUT, M^{lle} SCHOEN. — Propriétés virulicides du sérum de sujets atteints de lymph. Utilisation de la souris comme animal-test. *Soc. Biol.*, p. 1279, 29 avril 1932.
- LOEDERICH, MAMOÛ. — Les formes atypiques de la maladie de Nicolas Favre. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, n° 8, décembre 1932, p. 623.
- LOUSTE et MEZARD. — A propos des rétrécissements rectaux. *Soc. de dermat. et syphil.*, 9 février 1933.
- MAISLER. — Les injections intraveineuses d'antigène lympho-granulomateux dans la maladie de Nicolas et Favre. *Thèse de Paris*, 1933.
- MAMOU (H.). — Mal. de N.-F. conjugale. Intolérance au traitement stibié. *Bull. Soc. Syph.*, p. 708, juin 1932.
- MILAN-KITCHEVATZ. — Réalisation expérimentale de l'adéno-pathie de N.-F. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 1176, 1932.
- NICOLAU. — Traitement du lymphogr. bénin. *Klin. Wochens.*, juin 1932, et *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Bucarest*, février 1932.
- NICOLAU et BANCUI. — Contribution à l'étude de la lymphogr. ing. *Ann. Derm. Syph.*, p. 332, avril 1932.
- NICOLAS et FAVRE. — Traitement par la radiothérapie de la lymphogr. ing. *Soc. Biol.*, 4 juillet 1921.
- NICOLAS et FAVRE. — Un cas de lymphogr. ing. conjugale, *Bull. Soc. Derm. Syph.*, 17 avril 1920.

- NICOLAS (J.), FAVRE (M.), LEBEUF (F.). — L'intradermoréaction dans lymphogranulomatose inguinale. *Soc. de dermat. et syphil.* Réunion dermat. de Lyon, juillet 1930, p. 37 et p. 751-756. Les auteurs étudient les différents aspects de la réaction : papuleuse, papulo-vésiculeuse, papulo-pustuleuse, forme suppurée. L'intensité de la réponse cutanée serait proportionnelle à la virulence de l'infection. Il n'y aurait pas de phase anergique.
- NICOLAS, FAVRE, LEBEUF. — Rétrécissement ano-rectal éléphantiasique et lymphogr. ing. *Journal Médical*, Lyon p. 303, 20 mai 1931.
- NICOLAS (J.), FAVRE (M.), LEBEUF (F.). — Lymphogranulomatose inguinale. Intradermoréactions et intradermo-inoculation du produit de raclage du gland. *Soc. de dermat. et syphil.*, p. 105, janvier 1931. La réaction de Frei est positive et l'inoculation (selon la technique de M. Ravaut) est négative.
- NICOLAS (J.), FAVRE (M.), LEBEUF (F.). — L'intradermoréaction aux divers antigènes spécifiques dans la maladie de Nicolas et Favre. Ses modalités. Ses variations au cours des associations avec la syphilis et la chancreuse. *Soc. de dermat. et syphil.*, 9 mars 1931 et Réunion dermat. de Strasbourg, n° 4, avril 1931, p. 552. Les principales erreurs d'interprétation tiennent à l'auto-antigène, un antigène périmé ou contaminé.
- Les réactions cutanées aux antigènes non spécifiques (chancereux et tuberculeux) dans la maladie de Nicolas et Favre. *Ibidem*, p. 150. La tuberculino-réaction est toujours positive.
- NICOLAS, FAVRE, LEBEUF. — Rétrécissement anorectal éléphantiasique, forme aberrante de la maladie de N.-F. *Bull. Soc. Dermat. Syphil.*, p. 633, 8 mars 1931.
- NICOLAS, FAVRE, MASSIA (G.), LE CAT (F.). — Nouveau cas de rétrécissement ano-rectal éléphantiasique avec intradermo-réaction de Frei positive et examen histologique. *Soc. de dermat. et syphil.*, 26 février 1931, p. 533, et Réunion dermat. de Lyon, avril 1931, p. 487.
- NICOLAS, LEBEUF, CHARPY. — Elephantiasis génital chez un malade opéré pour mal. de N.-F. *Bull. Soc. Dermat. Syphil.*, 26 novembre 1931.
- NICOLAS, LEBEUF, CHARPY. — Nouveau cas d'anergie à l'anti-

- gène lymphogr. dans une association de N.-F. et de syphilis. *Bull. Soc. Derm. Syphil.*, novembre 1931.
- NICOLAS, LEBEUF, CHARPY. — I. D. R. positive dans trois cas de mal. de N. F. avec un antigène tiré d'une forme anorectale. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 24, novembre 1931.
- NICOLAS, FAVRE, LE CAT. — Lymphogr. ing. avec I. D. R. Frei positive et I. D. R. Dmelcos négative. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 406, 15 janvier 1931.
- NICOLAS, LEBEUF, CHARPY. — Association de chancrelles et de lymphogr. Psoitis au cours de l'évolution du bubon. *Soc. de dermat. et syphil.*, mars 1932.
- NICOLAS, LEBEUF, CHARPY. — Deux cas de rétrécissement du rectum avec réaction de Frei négative. *Soc. de dermat. et syphil.*, avril 1932.
- Lymphite suppurée de la verge accompagnée de bubon lymphogr. *Ann. méd. vénér.*, n° 8, juillet 1932, p. 606.
- PAUTRIER (L. M.). — Les formes à suppuration large de la mal. de N.-F. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 531, 8 mars 1931.
- PETGES, LECOULANT. — Complexe du lymphogr. ing. et de l'adénite syphilitique primaire et secondaire. *Ann. Derm. Syph.*, 1^{er} janvier 1930.
- PETGES (G.) et PETGES (A.). — Phénomènes d'intoxication dus à des injections de sulfate de cuivre intraveineux dans le lymphogr. ing. bénin. *Bull. Soc. Méd. et chirur. de Bordeaux*, p. 308, 1932.
- PINARD (M.), FIEHRER (A.). — Rétrécissement du rectum chez une syphilitique avec réaction de Frei positive. *Soc. de dermat. et de syphil.*, décembre 1932, p. 1268.
- PINARD (M.), FIEHRER (A.). — Forme cutanée de la maladie de Nicolas et Favre. Réactivation de l'intradermoréaction de Frei ou réaction retardée. *Doc. de dermat. et syphil.*, décembre 1932, p. 1630.
- PINARD (M.). — Quatre cas de mal. de N.-F. traités par les injections intra-gangl. de glycérine. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, 21 mai 1931.
- PINARD (M.), et ANDRÉ (Robert). — Idem. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, juin 1932.

- PINARD (M.). — Traitement du lymphogr. bénin de l'aîne. *Paris Médical*, 3 décembre 1932.
- PHOTINOS et A. RELIAS. — *Ste Dermat. Syphil.*, 8 mars 1934.
- PHYLACTOS. — *Thèse de Lyon*, 1922.
- RAVAUT, BOULIN, RABEAU. — Etude sur la poradénolymphite. *Ann. Derm. Syph.*, p. 463, 1924.
- RAVAUT, CACHERA, RIVALIER. — La réaction de déviation du complément avec un antigène chancrelleux dans l'étude de certaines adénopathies inguinales. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 1307, 12 novembre 1931.
- RAVAUT (P.), CACHERA (R.). — Bubon chancrelleux et maladie de N.-F. *Annales de dermat. et syphil.*, n° 2, février 1932, p. 97.
- Les acquisitions récentes sur la maladie de N.-F. *Paris-Méd.*, n° 23, 4 juin 1932, p. 495.
- RAVAUT, RIVALIER, CACHERA. — La valeur diagnostique et pathogénique de la recherche des anticorps chancrelleux dans le sérum des malades atteints d'adénopathies ing. *Presse médicale*, 16 mars 1932.
- RAVAUT (P.), LEVADITI (Ch.), MAISLER. — La valeur diagnostique et thérapeutique des injections intraveineuses de virus de la mal. de N.-F. d'origine simienne. *Soc. de dermat. et syphil.*, juillet 1932, p. 1262.
- RAVAUT (P.), SENEQUE (J.), CACHERA (R.). — Réaction de Frei positive chez une malade atteinte de périmétrite et périsalpingite avec rétrécissement du rectum et fistules péri-anales. *Soc. de dermat. et syphil.*, 10 décembre 1931, p. 1450-1456.
- ROST. — Remarques sur les bubons climatiques observés dans les Indes occidentales. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 527, 1931.
- SCHULMANN (M.-E.). — Le silence clinique de la maladie de N.-F. chez la femme. *Soc. de dermat. et syphil.*, 12 janvier 1933, p. 78.
- SENEQUE (J.). — Maladie de Nicolas et Favre et rétrécissement du rectum. *Presse médicale*, n° 2, 6 janvier 1932.
- SEZARY et LENEGRE. — Le traitement de la mal. de N.-F. par l'antimoine. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 1183, juillet 1932.
- SEZARY et LENEGRE. — Infection mixte syphilo-lymphogr. *Soc. de dermat. et syphil.*, juillet 1933, p. 1211.
- Le diagnostic de la mal. de N.-F. et l'intradermoréaction de Frei. *Presse méd.*, n° 100, 14 décembre 1932, p. 1893.

- SEZARY et LENEGRE. — Type chancrelliforme du chancre lymphogr. *Soc. de dermat. et syphil.*, 9 novembre 1933, p. 1466.
- SEZARY et PERRAULT (M.). — Type syphiloïde du chancre lymphogr. *Ibid.*, p. 1468.
- SIMON (R.). — Traitement de la poradénite ing. par inject. intrav. d'antimoine (émétique). *Arch. franco-belges de chirurgie*, p. 708, août 1927.
- SIMON (Cl.) et J. BRALEZ. — Un cas de lymphogr. ing. traité avec succès par la radioth. profonde. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 460, 1923.
- SCHIDT-LA-BAUME. — La valeur diagnostique de la réaction de fix. du complément dans la lymphogr. ing. *Bull. Soc. Dermat. Syphil.*, p. 562, mars 1931.
- TOURAINE et HESSE (J.). — Lymphogr. ing. d'origine tropicale (bubon climatique). *Soc. de dermat. et syphil.*, 9 juin 1932, p. 668.
- TOURAINE, SOLENTE et GATÉ. — Rétrécissement rectal de pathogénie complexe chez un syphilitique. *Soc. de dermat. et syphil.*, 12 mai 1932, p. 570.
- TENORIO NIETO (A.). — La enfermedad de N. F. y su tratamiento por los compuestos organicos de antimonio. *Rev. med. de Columbia*, p. 313, février 1932.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. Bussière. — 15-6-1934

